



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Dipartimento di Medicina Traslationale

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE

IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

Presidente: Prof. Fabrizio Faggiano

TESI DI LAUREA

“Il peso della vergogna nelle persone affette da obesità. Scoping review”

Relatore:

Dr. Debora Rosa

Candidato:

Dott. Marco Agostino Carlo Spinelli

Anno Accademico 2022-2023

Indice

<i>Abstract</i> in Italiano	pag. I
<i>Abstract</i> in Inglese	pag. II
Abbreviazioni	pag. III
1. INTRODUZIONE	pag. 1
2. MATERIALI E METODI	pag. 5
2.1 IDENTIFICAZIONE DELLA DOMANDA DI RICERCA	pag. 6
2.2 IDENTIFICAZIONE DEGLI STUDI DI RILIEVO	pag. 7
2.3 SELEZIONE DEGLI STUDI PERTINENTI	pag. 8
2.4 ESTRAZIONE DEI DATI RACCOLTI	pag. 10
2.5 <i>REPORTING</i> DEI DATI	pag. 11
3. RISULTATI	pag. 12
3.1 DISAGIO PSICOLOGICO E STATO SOCIALE	pag. 19
3.2 PSICOPATOLOGIA DEL DISORDINE ALIMENTARE E SEDENTARIETA'	pag. 22
3.3 LA RIDOTTA AUTOSTIMA, IL SENSO DI COLPA E L'AUTOCOMPASSIONE	pag. 24
3.4 IL "PESO ECONOMICO"	pag. 27
3.5 IL COMPORTAMENTO DEI PROFESSIONISTI IN AMBITO SANITARIO	pag. 28
3.6 I MEZZI DI INFORMAZIONE	pag. 30
3.7 DISIMPEGNO SESSUALE E INTIMITA' INTERROTTA: L'INVISIBILITA'	pag. 31
3.8 CHIRURGIA BARIATRICA VS VERGOGNA DEL CORPO	pag. 32
4. DISCUSSIONE	pag. 33
5. LIMITI	pag. 35
6. CONCLUSIONI	pag. 36
7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pag. 38
8. ALLEGATI	pag. 42
8.1 Tabella 1: Stringhe di ricerca	pag. 42
8.2 Figura 1: PRISMA-ScR	pag. 45
8.3 Tabella 2: Estrazione dei dati	pag. 46
9. RINGRAZIAMENTI	pag. 65

Abstract in italiano

Background: La prevalenza mondiale dell'obesità è quasi triplicata ed è in costante e preoccupante aumento non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito: l'obesità deve essere ormai considerata non solo un fattore di rischio per diverse patologie, ma una malattia cronica progressiva e recidivante. L'esperienza della vergogna e dello stigma associate al peso è diffusa nelle persone affette da obesità. **Obiettivo:** Mappare nella letteratura corrente come il fenomeno vergogna impatta sulla quotidianità delle persone affette da obesità. **Materiali e metodi:** È stata condotta una *scoping review* con 14 studi di natura qualitativa e quantitativa utilizzando le banche dati elettroniche PubMed, Cinahl, Cochrane Library e Scopus. Per il reporting degli studi come approccio di revisione dell'ambito è stato utilizzato il PRISMA-ScR. **Risultati:** I risultati di questa *scoping review* mostrano come tutte le persone affette da obesità dovrebbero essere indirizzate in percorsi sanitari clinico-assistenziali ove presenti e come cercare sia di ridurre sia di governare le emozioni negative come la vergogna legata al corpo nelle relazioni sociali nonché gli stessi Professionisti della Salute ridurre i comportamenti pregiudizievole nelle relazioni cliniche. **Discussione e Conclusioni:** La vergogna antecede la scarsa salute fisica e mentale e impatta negativamente in maniera decisamente rilevante sulla salute e sulla qualità della vita delle persone affette da obesità. È importante tanto misurarla quanto mettere in atto necessari interventi di sensibilizzazione in contesti sanitari tali da ridurre e frenare questo disagio.

Abstract in inglese

Background: The global prevalence of obesity has almost tripled and is constantly and worryingly increasing not only in Western countries but also in low-middle income countries: obesity must now be considered not only a risk factor for various pathologies, but a chronic progressive and relapsing disease. The experience of shame and stigma associated with weight is widespread in people with obesity. **Objective:** To map in the current literature how the shame phenomenon impacts the daily life of people affected by obesity. **Materials and methods:** A scoping review was conducted with 14 studies of a qualitative and quantitative nature using the electronic databases PubMed, Cinahl, Cochrane Library and Scopus. PRISMA-ScR was used for study reporting as a scoping review approach. **Risultati:** The results of this scoping review show how everyone affected by obesity should be guided into clinical-assistance health pathways where present and how to try to reduce and manage negative emotions such as body-related shame in social relationships as well as Health Professionals themselves reduce prejudicial behaviors in clinical relationships. **Discussion and Conclusion:** Shame precedes poor physical and mental health and has a significantly negative impact on the health and quality of life of people affected by obesity. It is both important to measure it and to implement necessary awareness-raising interventions in healthcare contexts in order to reduce and curb this discomfort.

Abbreviazioni

AAQ-II: Questionario di Accettazione e Azione-II

AFA: Anti-Fat Attitudes Questionnaire

AMA: American Medical Association

BASES: Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale

BDI: Beck Depression's Inventory

BED: Binge Eating Disorder

BES: Binge Eating Scale

BIA: Analisi dell'Impedenza Bioelettrica

BI-AAQ: Body Image-Acceptance and Action Questionnaire

BISS: Body Image Shame Scale

BMI: Body Mass Index

BRES Body-Related Envy Scale

CFQ-BI: Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DASS-21 Depression, Anxiety and Stress

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAT-1: Eating Attitudes and Teens-1

EAT-26: Eating Attitudes Test-26

EDE-Q: Eating Disorder Examination Questionnaire

ELS: Engage Living Scale

FDS-20: Dissociative Experience Scale-20

FFMQ-15: Five Face Mindfulness Questionnaire-15

FSCRS: Forms of self-Criticizing and Self-Reassurance Scale

GHQ: General Health Questionnaire

IES-2: Intuitive Eating Scale-2

ISS: Istituto Superiore di Sanità

ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica

IWQoL: Weight on Quality of Life

MeSH: Medical Subject Headings

MWL: Massive Weight Loss

OAS: Other As Shamer Scale

OAS-2: Other As Shamer Scale-2

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PCC: Popolazione, Concetto, Contesto

PRISMA-ScR Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses

RCT: Randomize Controlled Trial

RSE: Rosenberg Self-Esteem

SAAS: Social Appearance Anxiety Scale

SAIS: Striving to Avoid Inferiority Scale

SATAQ-ED: Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire

SBS: Submissive Behaviour Scale

SCS: Self-Compassion Scale

SCS: Social Comparison Scale

SF-12: Questionario sullo stato di salute

SSI: Stigmatising Situations Inventory

SWLS: Satisfaction With Life Scale

TFEQ-D: Three Factor Eating Questionnaire

UCLA: Loneliness Scale

WBIS: Weight Bias Internalisation Scale

WEB-SG: Weight- and Body-Related Shame and Guilt Scale

WSSQ: Weight-Self Stigma Questionnaire

1. INTRODUZIONE

Il corpo è il mezzo di manifestazione dell'individuo nel mondo; pertanto, un elemento senza il quale egli non avrebbe modo di confermare la propria identità. (1) L'obesità è una malattia multifattoriale riconosciuta dal 2013 dalla Società di Medicina Americana (AMA) (2) che si manifesta con l'accumulo di massa grassa sottocutanea e/o viscerale che porta ad una condizione patologica, causando disfunzioni negli organi. (3) La prevalenza mondiale dell'obesità è quasi triplicata tra il 1975 e il 2016. Infatti, circa il 13% della popolazione adulta mondiale (11% degli uomini e 15% delle donne) è obesa. La prevalenza dell'obesità è in costante e preoccupante aumento, non solo nei Paesi occidentali, ma anche in quelli a basso-medio reddito. Inoltre, l'obesità deve essere considerata non solo un fattore di rischio per diverse patologie, ma una malattia cronica progressiva e recidivante. (4,5)

La quantità di grasso corporeo viene comunemente espressa con Indice di Massa Corporea (BMI), parametro che esprime il rapporto tra il peso corporeo ed il quadrato dell'altezza ($BMI = \text{peso (kg)} / \text{altezza}^2 \text{ (m)}$). L'OMS definisce un individuo normopeso per un $BMI \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$, sottopeso se $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, in sovrappeso se $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ e obeso se $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. (4) Sebbene il BMI sia un indice di adiposità, la sua misurazione non può distinguere tra grasso e massa muscolare: una misurazione errata dello stato di peso può verificarsi quando gli individui con un BMI elevato sono muscolosi anziché in sovrappeso e ciò potrebbe non produrre risultati accurati. (6) A valori della circonferenza della vita superiori a 80 cm nella donna e a 94 cm nell'uomo si osserva un aumento della probabilità di sviluppare diverse patologie. Mentre, per valori superiori agli 88 cm e ai 102 cm, rispettivamente nella donna e nell'uomo, il rischio risulta maggiormente aumentato. (4)

Sono 800 milioni le persone obese nel mondo. In Italia il 32,50% degli adulti sono in sovrappeso e il 10,40% sono obesi. Il 20,94% degli adulti maschi sono obesi ricoprendo l'82° posizione nella classifica mondiale per percentualità di obesi a differenza degli adulti femmine che sono al 20,41% ricoprendo 126° posizione nella classifica mondiale per percentualità di obesi. (7)

Nel 2013 l'*American Psychiatric Association* pubblica il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) introducendo il disturbo da alimentazione

incontrollata -*Binge eating disorder*- (BED) come diagnosi formale caratterizzata dal consumo di una grande quantità di cibo associata ad un senso di perdita di controllo.(8) In Italia, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), in merito all'anno 2021, rileva che, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 36,1% (maschi 43,9%, femmine 28,8%), mentre gli obesi sono l'11,5% (maschi 12,3%, femmine 10,8%), evidenziando un trend in costante crescita. In Italia, quindi, si possono stimare in circa quattro milioni le persone adulte obese. (4). In Italia, nelle Regioni meridionali risulta meno frequente il consiglio medico di praticare attività fisica per le persone in eccesso ponderale. (4)

I dati della sorveglianza coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sulla popolazione adulta tra 18 e 69 anni aggiornati al 2020-2021, mostrano che oltre quattro adulti su dieci sono in eccesso ponderale e oltre un adulto su 10 è obeso. L'essere in eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere dell'età, fra gli uomini rispetto alle donne, fra le persone con difficoltà economiche e fra le persone con un basso livello di istruzione. L'aumento del fenomeno registrato negli ultimi 40 anni indica che le cause non sono da ricercare unicamente a livello individuale o genetico, aspetti che sono infatti rimasti invariati nel tempo, ma sono entrati in gioco, sempre più pesantemente con il passare del tempo, fattori di ordine sociale ed economico. (4) Responsabile dell'eccedenza ponderale è lo squilibrio tra apporto e spesa di energia, derivante da un'alimentazione troppo ricca di cibi densi di calorie e poveri di nutrienti, insieme a una crescente sedentarietà. (9) Le conseguenze sulla salute fisica dell'obesità sono state ampiamente documentate, con la maggior parte degli studi che dimostrano che i rischi di malattie croniche e mortalità aumentano con l'aumentare del BMI. (10) Nell'ambito della diagnosi di primo livello, l'Analisi dell'Impedenza Bioelettrica (BIA) è un metodo rapido e non invasivo per stimare la composizione corporea; tra le indagini di primo livello, andrebbero considerate quelle che consentono di intercettare fattori di rischio oncologici (nell'uomo colon e retto, rene, esofago, pancreas e cistifellea mentre nella donna al seno, endometrio ed ovaio) e cardiovascolari (ipertensione, dislipidemia, diabete di tipo 2, cardiopatia ischemica) e altre condizioni morbose sanitarie come la sindrome delle apnee notturne e asma, problematiche osteoarticolari e muscoloscheletriche che portano a peggiorare la qualità di vita riducendone la durata. (4)

L'obesità è un importante onere per la salute (11) e sia l'aspetto fisico sia l'aspetto di tensione interpersonale correlati all'obesità portano a un significativo disagio psicologico (12,13) legato all'ostracismo, quindi all'esclusione deliberata e all'evitamento sociale o addirittura all'essere ignorati. Pertanto, l'essere socialmente esclusi è una situazione che sembra particolarmente rilevante per gli individui con obesità (14), in quanto gli ambienti sociali che consentono lo stigma legato al peso e la vergogna del corpo possono rendere più difficile il controllo e la perdita di peso non invogliando la persona sofferente a richiedere cure adatte. (15,16)

Stigma e vergogna costituiscono un binomio che si ripropone anche nelle associazioni dei familiari che hanno avuto il coraggio di sfondare il muro della vergogna, che rinchiudeva oltre al malato, la sua stessa famiglia in quanto costituisce per molti una sorta di rumore di fondo, magari basso ma sempre presente. (16) Alcuni studi suggeriscono che emozioni sociali come la vergogna sono particolarmente rilevanti nell'obesità (17). La vergogna è una reazione emotiva specifica per gli individui vissuta con esperienze indirette di stigmatizzazione dell'obesità (14) e per questo ci si aspetta che la vergogna sia particolarmente rilevante negli individui con obesità di fronte all'esperienza dell'esclusione sociale. Le esperienze indirette o percepite di stigmatizzazione piuttosto che le esperienze dirette di stigmatizzazione sono più rilevanti per le persone con obesità. La vergogna, come esperienza, ha un carattere aleatorio, instabile ed accessuale (quindi più difficile da cogliere) e tende a trasformarsi in tristezza, colpa o rabbia-furore o ad avere una pregnanza visiva (il rossore) o presentarsi sotto forma di una reazione di angoscia. È il risultato finale di dinamiche esistenti tra Io, ideale dell'Io, immagine ideale del Sé, valori sociali, aspetti giudicanti, punitivi ed aggressivi, in una continua interazione tra loro a seconda della collocazione spaziale. (16)

La vergogna secondo Carter *et al.* (2022) (18) è legata al concetto di coscienza dello stigma, che è la paura di essere inseriti in un gruppo stigmatizzato.

Forbes *et al.* (2019) definiscono lo stigma del peso interiorizzato attribuito a quelle persone che possono sostenere gli stereotipi negativi basati sul peso attribuendo a sé stessi le valutazioni negative. (19) Mentre Braun *et al.* (2022) identificano lo stigma del peso come un pregiudizio legato a persone con sovrappeso o obese che può tradursi in comportamenti discriminatori e poco carini. (20)

Sebbene esistano molteplici definizioni di vergogna, essa è come un'emozione autocosciente in cui l'individuo ha la consapevolezza di aver perso il proprio status o di essere stato svalutato dagli altri. (18).

La vergogna legata al corpo è stata definita da Pila *et al.* (2016) (21) come un sentimento negativo suscitato dal fallimento percepito o temuto nel soddisfare gli standard sociali di aspetto fisico. Può manifestarsi attraverso due aspetti: la vergogna esterna (che focalizza l'ambiente esterno e sociale su come si potrebbe essere visti negativamente dagli altri) e la vergogna interna (giudizio interiorizzato e sentimenti di autosvalutazione negativi che partono dal sé).

Poiché la vergogna è frequente negli individui con obesità, gli interventi infermieristici e psicologici incentrati attraverso l'educazione sanitaria sul disagio emotivo legato alla vergogna potrebbero essere cruciali se modulati tra contesto di cura e ambiente sociale. (10,16)

2. MATERIALI E METODI

Per il presente lavoro è stata eseguita quindi una *scoping review* secondo il *framework* proposto da Arksey e O'Malley (22) che si compone di cinque fasi che sono state scelte per essere i capitoli di questa revisione:

- identificazione della domanda di ricerca;
- identificazione degli studi di rilievo;
- selezione degli studi pertinenti;
- estrazione dei dati raccolti;
- *reporting* dei dati.

2.1 IDENTIFICAZIONE DELLA DOMANDA DI RICERCA

I quesiti di ricerca sono i seguenti: (1) “Qual è l’impatto della vergogna sulle persone affette da obesità?” e poi (2) “Esistono strumenti che aiutino gli infermieri ad intercettare precocemente il fenomeno vergogna nelle persone affette da obesità così da indirizzarle in percorsi sanitari clinico-assistenziali?”

2.2 IDENTIFICAZIONE DEGLI STUDI DI RILIEVO

Facendo seguito alla domanda di ricerca, i termini di ricerca sono stati definiti utilizzando il *framework*: popolazione di interesse – concetto – contesto (PCC) (22):

- popolazione di interesse: persone affette da obesità;
- concetto: vergogna;
- contesto: consapevolezza, ruolo dell'Infermiere.

Le strategie di ricerca sono state create nel mese di agosto mentre nel mese di settembre le stringhe di ricerca (visionabili tutte nella Tabella 1) sono state riesaminate per essere poi lanciate per interrogare i *database* identificati.

Utilizzando parole chiave relative all'argomento oggetto di studio in combinazione con il vocabolario controllato dal *database*, come Medical Subject Headings (MeSH) per PubMed e i termini liberi (text word), si è riusciti a comporre una stringa di ricerca che includesse i termini peculiari che si voleva analizzare.

I *database* consultati sono stati: Scopus, Cochrane library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e PubMed.

Per un ulteriore aggiornamento dei dati è stato condotto l'ultimo accesso ai siti del Ministero della Salute, il World Health Organization e il World Obesity Federation tra il 24 e il 27 gennaio del corrente anno.

2.3 SELEZIONE DEGLI STUDI PERTINENTI

Riguardo ai criteri di ammissibilità, per quanto riguarda l'inclusione si è scelto di considerare adulti umani di sesso maschile e femminile, di età pari o superiore a 19 anni, gli articoli pubblicati nell'arco di tempo che copre dal 2013 al 2023, studi qualitativi, *interview*, studi quantitativi, RCT, studi *mix-method*, articoli in lingua italiana ed inglese, *full text*.

Per quanto riguarda invece i criteri di esclusione, si è scelto di non considerare gli studi secondari, la letteratura grigia e ambito pediatrico.

A ragione della natura esplorativa di questa revisione di scopo, non sarà presa in considerazione la valutazione critica della qualità dello studio e del rischio di *bias*.

I risultati della ricerca raccolti dai *database* elettronici sono stati esportati nel programma Zotero (versione 6.0.30), dove gli studi duplicati sono stati rimossi.

Questo processo di selezione degli studi, visionabile nella Figura 1, è stato documentato nel diagramma di flusso PRISMA-ScR (23) che delinea il processo di selezione.

L'uso del *framework* di Arksey e O'Malley (22) e l'estensione Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses Scoping Review per lo strumento di revisione dell'ambito, garantiscono un processo metodologico chiaro e trasparente che può essere replicato.

La gestione della selezione degli studi è stata effettuata in due momenti distinti e separati.

Lo *screening* e la selezione degli studi sono stati completati attraverso un processo che ha visto nei titoli e successivamente negli *abstract* l'identificazione degli articoli che potenzialmente soddisfacessero i criteri di ammissibilità.

Nella prima fase i due revisori indipendenti (il laureando Dott. M.A.C.S. e la Relatrice Dr. D.R.) hanno identificato gli articoli rilevanti rispetto ai criteri di inclusione della revisione leggendo i titoli e gli *abstract*.

Nella seconda fase sono stati valutati i testi nella loro completezza.

Al sorgere di disaccordi, eventuali discrepanze sarebbero state risolte mediante discussioni o consultazioni con un terzo revisore al fine di raggiungere un accordo sul consenso: non sono emerse discrepanze e discussioni sui temi emergenti selezionati per cui è stato sempre raggiunto il consenso sulla concordanza.

L'intero processo di selezione degli studi è stato conservato in un file di Excel in formato .csv e .xlsx.

2.4 ESTRAZIONE DEI DATI RACCOLTI

Tutti i dati pertinenti sono stati estratti dagli articoli ammessi all'analisi e in seguito raccolti e classificati in una tabella standardizzata (Tabella 2: Estrazione dei dati) per rispondere alle seguenti categorie di voci:

- autore/anno pubblicazione;
- scopo;
- disegno di studio, campione e metodi;
- strumenti e strategie;
- risultati;
- conclusioni;
- *focus*.

2.5 REPORTING DEI DATI

I risultati ottenuti da questa revisione dell'ambito sono stati riassunti e aggregati per tematiche in macroaree nel successivo capitolo.

3. RISULTATI

I risultati dell'estrazione dei dati sono stati raccolti e riassunti per fornire una revisione narrativa di come la letteratura pubblicata riporta il fenomeno quale oggetto di studio di questa tesi.

La Figura 1, attraverso il diagramma di flusso PRISMA-ScR (23), introduce il processo di selezione degli studi; solo 14 studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione ed esclusione dichiarati.

Inizialmente, la ricerca dalle singole banche dati ha portato ad ottenere un totale di 1.404 articoli rispettivamente 1.337 da PubMed, 27 da CINAHL, 12 da Cochrane e 28 da Scopus. Successivamente sono stati scartati i "duplicati" per un numero di 25 e "studi rimossi perché ritirati dalla pubblicazione" per un numero di 2.

Dei 1.377 articoli, a seguito dello *title screening* e dell'*abstract screening*, solo 16 sono risultati pertinenti e in linea con l'argomento oggetto di studio di questa *scoping review*. Approfondendo la lettura degli articoli sono stati eliminati: 1 articolo in quanto MetaAnalisi, 1 articolo in quanto letteratura grigia (tesi di laurea), ottenendo, in questo modo, l'effettivo e reale numero di 14 articoli portati in analisi per lo sviluppo di questa *scoping review*.

Un totale di 3 articoli rientra nella categoria di studi qualitativi [(24) - (25) - (26)], 11 articoli nella categoria di studi quantitativi [(18) - (6) - (19) - (27) - (28) - (20) - (29) - (21) - (30) - (31) - (32)] e un totale di 0 articoli nella categoria di studi con approccio a metodo misto. Il numero totale di persone coinvolte negli studi qualitativi è risultato essere di 46, il numero totale di persone coinvolte negli studi quantitativi è risultato essere di 4.640.

A queste ultime persone coinvolte negli studi quantitativi, sono state somministrati diversi questionari che esploravano quanto di seguito elencato:

1. *BMI*. Body Mass Index quale misura self-report del peso (chilogrammi) per l'altezza al quadrato (metri), utilizzato dagli operatori sanitari per classificare i partecipanti in obesi [BMI maggiore di 30], sovrappeso [BMI maggiore di 25], normale [BMI tra 15,5 e 24,9] e sottopeso [BMI inferiore a 18,5]. (6,18,21)
2. *Peso percepito*. È una misura a singolo elemento della percezione del proprio peso da parte dei partecipanti. Agli intervistati viene chiesto di indicare la risposta più

- adeguata su una scala che va da 1 (molto sottopeso) a 7 (molto sovrappeso). Un punteggio più alto indica livelli più elevati di peso percepito. (18,28)
3. *BISS*. La Body Image Shame Scale è una scala self-report che valuta la vergogna relativa all'immagine corporea in relazione alla critica esterna e all'evitamento. Attraverso i 14 item con una scala Likert a 5 punti viene espresso con il punteggio più alto il peso corporeo più elevato. (18,32)
 4. *SCS*. La Social Comparison Scale è una scala di autovalutazione composta da 11 item e attraverso 10 punti assegnati ad ogni item viene misurato il giudizio riguardante lo stato sociale, l'attrattiva e quanto bene l'individuo pensa di adattarsi agli altri nella società. Punteggi bassi indicano sentimenti di inferiorità e una percezione di sé di basso livello. (18)
 5. *SBS*. La Submissive Behaviour Scale è una scala di autovalutazione composta da 16 item (suddivisi in 2 sottoscale) che misura la frequenza dei sentimenti e dei comportamenti di sottomissione nelle situazioni sociali. Ad ogni item è associata una scala Likert a 4 punti dove i punteggi alti indicano una maggiore frequenza di comportamenti sottomessi. (18)
 6. *FSCRS*. La Form of Self-Criticizing and Self-Reassurance Scale è una scala di misurazione self-report con 22 item dell'autocritica e della capacità di auto-rassicurarsi. Le risposte sono date su una scala Likert a 5 punti. (18)
 7. *DASS-21*. La scala Depression, Anxiety and Stress è una scala Likert a 4 punti che misura attraverso 21 item (suddivisi in 3 sottoscale) la depressione, lo stress e l'ansia. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di disagio psicologico rispetto alla sintomatologia di depressione, di stress e di ansia. (18,19)
 8. *WEB-SG*. La Weight- and Body-Related Shame and Guilt Scale è utilizzata per valutare la vergogna e il senso di colpa legati al peso e al corpo ed è composta da 12 item (suddivisi in 2 sottoscale) associata ad una scala Likert a 5 punti. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di vergogna e di senso di colpa legati al peso. (6,19,21,29,30)
 9. *RSE*. La Rosenberg Self-Esteem è una misura con 10 item associata a una scala Likert a 4 punti per valutare l'autostima. Punteggi più alti indicano una visione più positiva del sé globale. (6,29)

10. *SSI*. La scala Stigmatising Situations Inventory viene utilizzata per misurare le esperienze di stigmatizzazione del peso. Comprende 50 voci che riflettono 11 tipi di peso stigma e vengono valutati su una scala a 10 punti. Punteggi più alti indicano livelli più alti di internalizzazione. (19)
11. *WBIS*. La Weight Bias Internalisation Scale è una scala Likert a 7 punti composta da 11 item e misura la portata delle affermazioni negative e degli stereotipi che si applicano al sé. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di internalizzazione. (19)
12. *SCS*. La Self-Compassion Scale è una scala Likert a 5 punti con 26 item che misurano l'autocompassione. Punteggi più alti indicano maggiori livelli di auto-compassione. (19,20,27,32)
13. *SWLS*. La Satisfaction With Life Scale è una scala Likert a 7 punti composta da 5 item che misura la soddisfazione della propria vita. Punteggi più alti indicano una maggiore soddisfazione della propria vita. (19)
14. *UCLA*. La versione abbreviata della Loneliness Scale è una scala Likert a 4 punti composta a 8 item che misura la solitudine. Punteggi più alti indicano una maggiore solitudine. (19)
15. *BES*. La Binge Eating Scale è una scala self-report composta da 16 item e misura la sintomatologia delle abbuffate. Punteggi più alti riflettono una maggiore gravità dei sintomi di abbuffata. (27)
16. *EDE 16.0D*. È un'intervista clinica semi-strutturata sviluppata per valutare la frequenza e l'intensità di comportamenti e atteggiamenti alimentari disordinati. Composta da sottoscale (preoccupazione per il peso, restrizione, preoccupazione per la forma e preoccupazione alimentare), fornisce un punteggio globale per la gravità psicopatologica dell'alimentazione. (27)
17. *AAQ-II*. È il Questionario di Accettazione e Azione-II ed è una scala Likert a 7 punti con misura self-report dell'inflessibilità psicologica composta da 7 item. Valuta la tendenza a dare valutazioni negative sugli eventi privati e la riluttanza ad entrarvi in contatto. Punteggi più alti indicano livelli più alti di inflessibilità psicologica. (27)

18. *CFQ-BI*. Il Cognitive Fusion Questionnaire-Body Image è un questionario self-report con una scala Likert a 7 punti composto da 10 item che misurano la fusione cognitiva correlata all'immagine corporea. (27)
19. *ELS*. La Engage Living Scale è una scala Likert a 5 punti con misura self-report composta da 16 item. È una misura di autovalutazione sviluppata per valutare l'impegno con comportamenti basati sui valori. Punteggi più alti esprimono maggiore chiarezza e impegno nei confronti dei valori personali e una maggiore realizzazione di vita. (27)
20. *OAS*. La Other As Shamer Scale è una scala Likert a 5 punti composta da 18 item che valutano la percezione di essere valutati negativamente dagli altri. Punteggi più alti indicano una maggiore vergogna esterna. (27)
21. *Form of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale*. È una misura self-report composta da 22 item sulle forme di autocritica, sul sé odiato che misura il desiderio di ferire o perseguitare sé stesso e la capacità di rassicurarsi quando le cose vanno male. (27)
22. *FFMQ-15*. La Five Face Mindfulness Questionnaire-15 è una scala Likert a 5 punti composta da 15 item e valuta le sfaccettate caratteristiche su quanto ci si sente consapevoli nella vita quotidiana. (27)
23. *WBIS-M*. La Modified Weight Bias Internalized Scale è una scala Likert a 7 punti composta da 11 item che valuta lo stigma del peso interiorizzato. Punteggi più alti indicano uno stigma del peso interiorizzato più forte. (28,32)
24. *BASES*. La Body and Appearance Self-Conscious Emotions Scale è una scala Likert a 5 punti composta da 8 item (suddivisi in 2 sottoscale) che valutano la vergogna e il senso di colpa legati al corpo. Punteggi più alti indicano una maggiore frequenza nel provare singolarmente queste due emozioni. (28)
25. *IES-2*. La Intuitive Eating Scale-2 è una scala Likert a 4 punti composta da 23 item che valutano l'alimentazione intuitiva intesa come quella tendenza a rispondere a segnali fisici di fame e sazietà quando si prendono decisioni alimentari. Punteggi più alti denotano un'alimentazione più intuitiva. (20,32)
26. *TFEQ-D*. La Three Factor Eating Questionnaire è una scala composta da 16 item che misura la disinibizione alimentare intesa come la tendenza delle persone a

- sperimentare la perdita di controllo sul mangiare nei momenti emotivi di disagio. Punteggi più alti indicano maggiore disinibizione. (20)
27. *WSSQ*. La Weight-Self Stigma Questionnaire misura lo stigma del peso interiorizzato. Punteggi più alti indicano maggiore stigma del peso interiorizzato. (20,30)
28. *EAT-26*. La Eating Attitudes Test-26 è una scala Likert a 6 punti composta da 26 item (suddivisi in 3 sottoscale) e valuta la sintomatologia dei disturbi alimentari attraverso gli atteggiamenti e i comportamenti relativi all'alimentazione. Punteggi alti sono indicativi di livelli più elevati di atteggiamenti alimentari anomali. (29)
29. *EAT-1*. La Eating Attitudes and Teens-1 è una scala Likert a 5 punti composta da 3 item che valutano le prese in giro basate sul peso. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di fastidio dovute alle prese in giro basate sul peso. (29)
30. *SAAS*. La Social Appearance Anxiety Scale è una scala Likert a 5 punti composta da 16 item che misurano l'ansia di essere valutati negativamente dagli altri a causa del proprio aspetto generale. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di ansia sociale legata all'apparenza. (29)
31. *SATAQ-ED*. La Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire for People with Eating Disorders è una scala Likert a 5 punti composta da 9 item che misurano gli standard socioculturali percepiti riguardo all'apparenza. Punteggi più alti indicano livelli più elevati di atteggiamenti socio-culturali coerenti con il "sottile" ideale. (29)
32. *AFA*. La Anti-Fat Attitudes Questionnaire è una scala Likert a 9 punti composta da 13 item che misurano la paura del grasso, l'avversione per il grasso e le convinzioni sulla controllabilità del grasso attraverso la forza di volontà. Punteggi più alti indicano atteggiamenti anti-grasso più elevati. (29)
33. *BRES*. La Body-Related Envy Scale è una scala che misura l'invidia attraverso una scala Likert a 5 punti composta da una lista di 15 parole che esprimono una serie di emozioni che si potrebbero provare riguardano il proprio corpo nell'arco temporale dell'ultima settimana. (21)
34. *Body-related Pride*. L'orgoglio autentico correlato al corpo è stato valutato attraverso una scala Likert a 5 punti composta da 7 item. (21)

35. *IWQoL*. Il questionario Weight on Quality of Life è uno strumento di autovalutazione per valutare l'effetto dell'obesità sulla qualità della vita ed è composto da 31 item. (30)
36. *GHQ*. Il General Health Questionnaire è una scala di valutazione composta da 12 item e misura il disagio psicologico. (30)
37. *SF-12*. È una scala che misura la qualità della vita correlata alla salute. Punteggi che sia fisici che mentali più alti indicano una migliore qualità della vita. (30)
38. *BDI*. Il Back Depression's Inventory è un questionario utilizzato per misurare i sintomi della depressione ed è composto da 21 item. (30)
39. *FDS-20*. La Dissociative Experience Scale è una scala utilizzata per misurare l'esperienza dissociativa attraverso i sintomi dissociativi. Gli item vengono valutati con una scala che va da 0 a 100. (30)
40. *OAS-2*. La Other As Shamer Scale-2 è una scala Likert a 5 punti di autovalutazione composta da 8 item che valutano la vergogna esterna. (31)
41. *SAIS*. La Striving to Avoid Inferiority Scale è una scala Likert a 5 punti di self-report composta da 19 item che misurano la necessità di sforzarsi di evitare l'inferiorità. (31)
42. *EDE-Q*. La Eating Disorder Examination Questionnaire è un questionario con una scala Likert a 6 punti di autovalutazione composta da 36 item (suddivisi in 4 sottoscale) che misurano la frequenza e la gravità della psicopatologia alimentare. Punteggi più alti riflettono livelli più alti di psicopatologia alimentare. (31)
43. *BI-AAQ*. La Body Image-Acceptance and Action Questionnaire è una scala Likert a 7 punti composta da 12 item che misurano la flessibilità psicologica nel contesto dell'immagine corporea. Punteggi più alti corrispondono a livelli più elevati di flessibilità dell'immagine corporea. (32)

Gli studi analizzati sono stati condotti e pubblicati nei seguenti Stati: Australia (18,19), Canada (6,21), Norvegia (24), Portogallo (27,31), Toronto (28), Regno Unito (25), Stati Uniti (20), Emirati Arabi (29), Germania (30), Londra (26) e New York (32).

Gli autori/Enti coinvolti che hanno elaborato gli studi analizzati rientrano in: Scuola di Psicologia (18), Psicologi (6), Infermiera con un interesse per i processi di promozione della salute (24), Scuola di Psicologia Applicata (19), Centro Cognitivo e Comportamentale di Ricerca e Intervento (27), Dipartimento di Scienze Cliniche e

Psicologiche (28), Scuola di Sanità presso l'Università di Leeds (25), Centro di Medicina Comportamentale e Preventiva-Centro di Ricerca sul controllo del peso e sul Diabete (20), Educatrice Professionale (29), Facoltà di Kinesiologia (21), Università di Heidelberg-Dipartimento di Medicina Interna Generale e Psicosomatica (30), Facoltà di psicologia e scienze dell'educazione (31), Università di Londra (26) e Dipartimento di Psicologia (32).

Solo successivamente sono state identificate le tematiche in macroaree principali che di seguito vengono riportate nei capitoli.

3.1 DISAGIO PSICOLOGICO E STATO SOCIALE

Dacché appartenere a un gruppo sociale garantisce la sopravvivenza e la riproduzione, essere un individuo socialmente attraente in grado di promuovere l'interesse degli altri può essere considerato un bisogno umano fondamentale. (31) L'immagine corporea è soggettiva e può cambiare attraverso l'influsso sociale. (25)

A tal proposito, Ferreira *et al.* (2020) precisano che la vergogna o la tendenza alla vergogna delle persone affette da obesità sono legate unicamente alle preoccupazioni dei disturbi alimentari e che i ricordi di esperienze passate di vergogna sono rilevanti se correlate al basso rango sociale. Pertanto, gli stessi autori asseriscono che gli individui che si percepiscono inferiormente attraenti e quindi incapaci di stimolare rapporti di apprezzamento e di accettazione con gli altri, fondano il loro comportamento sulla competizione intesa come strategia di *coping* per evitare la propria percezione di inferiorità e quindi i sentimenti di vergogna, seguiti poi dal rifiuto e dall'esclusione sociale. (31)

La vergogna corporea, intesa come emozione autocosciente legata al corpo, è espressa come derivante dal fallimento del raggiungimento dello standard ideale di bellezza e, di conseguenza, dalla percezione di appartenere a un livello sociale inferiore a causa dell'aspetto fisico. (32)

Con il termine 'sforzo insicuro' si definisce invece una forma di comportamento competitivo da parte delle persone affette da obesità che si sentono sotto pressione costante nel lottare e competere per dimostrare agli altri di essere simpatici e accettabili. (31)

Dallo studio di Ueland *et al.* (2019) emerge come la vergogna e la stigmatizzazione basate sul peso siano sottostimate come problematiche di salute suscettibili di un trattamento sia individuale che sociale. (24) Infatti, le persone affette da obesità avvertono maggiormente la vergogna e le enormi pressioni a causa dell'attenzione della società all'immagine corporea in quanto le 'dimensioni' di una persona sono sempre visibili (24) e portano il soggetto affetto da obesità a sentirsi escluso, rifiutato e criticato. Questo porta a far sentire che non c'è posto per loro nella sfera pubblica, privandoli della libertà di essere sé stessi e di avere i propri pensieri positivi su sé stessi. (31)

Come conseguenza della definizione degli *standard* di successo delle moderne società occidentali, per evitare le conseguenze emotive negative che derivano dall'essere assegnati a un rango sociale basso, le persone affette da obesità devono essere ben consapevoli delle caratteristiche e degli attributi socialmente apprezzati, così da adattare di conseguenza la propria immagine e i comportamenti. (31)

Dallo studio condotto da Carter *et al.* (2022) emerge come il peso percepito sia più importante del peso effettivo nel predire uno stato di vergogna con conseguente stati di ansia e depressione. Il peso percepito, nel contesto sociale e attraverso il confronto tra le persone, assume un'amplificazione tale per cui vengono innescati meccanismi che danno origine alla vergogna del peso, cioè di quanto gli individui percepiscono di essere in sovrappeso od obesi e non di ciò che sono effettivamente. (18)

Pila *et al.* (2015) nel loro studio asseriscono che gli individui che percepiscono il proprio corpo come discrepante rispetto al contesto sociale (ad esempio l'ideale desiderato di magrezza di norma nella cultura occidentale) sperimentano emozioni negative legate al corpo e una diminuzione dell'autostima. (6) Quindi non sorprende che un individuo che percepisce il proprio peso corporeo come al di fuori della norma socialmente accettata sia a rischio di sperimentare queste emozioni.

Esperienze croniche di vergogna generalizzata per il corpo sono state associate a esiti psicologici, comportamentali e fisici disadattivi come la depressione, la scarsa autostima, il disordine alimentare, la ridotta attività fisica e perfino comportamenti suicidari. La vergogna esterna è collegata alla psicopatologia in quanto causa l'esclusione sociale. (21) Questo aspetto porta ad un segnale di non adattamento individuale nella società e può far sviluppare un sentimento, nella percezione di sé, come essere umano non completo. (24)

Le esperienze di senso di colpa e vergogna sono intensificate tra individui classificati come sovrappeso o obesi e sono associati a stati psicologici alterati. Tuttavia, la percezione del corpo e del peso influiscono in modo particolarmente importante sull'autostima. Benché il senso di colpa sia correlato alla vergogna, solo l'emozione della vergogna spiega come unico mediatore la relazione tra il peso e l'autostima. (6) Sebbene la vergogna sia un sentimento comune sia nell'uomo che nella donna, Pila *et al.* (2015) affermano che le donne sperimentano una maggiore preoccupazione legata

al proprio corpo dopo l'adolescenza, con conseguente ridotta autostima nel corso della vita rispetto all'uomo. (6)

Rispetto agli studi su adulti in una condizione di obesità, Ueland *et al.* (2019) trovano nei risultati del loro studio tre prospettive su come la stigmatizzazione e la vergogna vengano create e sostenute: 1. pressione da parte della società, 2. comportamento offensivo nelle immediate vicinanze, 3. autosvalutazione. (24)

Lucibello *et al.* (2021) dichiarano nel loro studio, al contrario, che lo stigma del peso interiorizzato e la vergogna che ne deriva sono stati riscontrati in individui di differenti stati di peso, cioè in individui in sovrappeso e di peso normale che si percepivano troppo pesanti: identificare questo sottogruppo di persone potrebbe essere utile a prevenire conseguenze psicologiche e fisiche negative. (28)

3.2 PSICOLOGIA DEL DISORDINE ALIMENTARE E SEDENTATIRETA'

È largamente dimostrato come lo stigma e la vergogna legate al peso siano associate alla depressione, all'ansia, allo stress, a forme di psicopatologia alimentare, all'autolesionismo, a paure del rifiuto, a sentimenti di inferiorità, a comportamenti di sottomissione e di ricerca di convalida, alla preoccupazione dell'immagine corporea, a sintomi depressivi elevati e, non ultima per importanza, alla riduzione dell'attività fisica. (19,28,31,32)

Tutto ciò, sin dagli inizi degli anni '90 nei Paesi occidentali sviluppati e nei paesi in via di sviluppo, rappresenta un problema riguardo ai disturbi sui comportamenti alimentari, una significativa minaccia per la salute mentale e fisica, per il benessere e la qualità di vita delle persone affette da obesità, nonché una maggiore preferenza per attività sedentarie con comportamento bulimico e una diminuzione dell'uso dei servizi sanitari preventivi. (29)

Lo stigma del peso interiorizzato prevalente tra gli individui che mirano a perdere peso è associato a comportamenti alimentari disadattivi come la disinibizione alimentare o al mangiare incontrollato per sopperire alle emozioni negative. Esso impedisce il cambiamento del comportamento alimentare nella gestione del peso. (20)

O'Hara *et al.* (2016) rilevano dal loro studio le correlazioni statisticamente significative sia tra la sintomatologia del disturbo alimentare e l'essere irritati dalle prese in giro e sia tra la sintomatologia del disturbo alimentare e lo stigma del peso interiorizzato, senza riscontrare alcuna relazione con elevati livelli di BMI. (29) Quest'ultimo aspetto suggerisce la non scontata affermazione ma interessante riflessione che l'atteggiamento e i comportamenti alimentari disordinati influenzano le persone indipendentemente dal loro peso effettivo che, quindi, potrebbe rivelarsi un problema non solo delle persone affette da obesità.

Tuttavia la vergogna e il senso di colpa legati al peso e al corpo sono i più forti predittori della sintomatologia del disturbo alimentare. (29,32)

In particolare le donne con i sintomi del disturbo alimentare sembrano avere una maggiore tendenza al confronto sociale con una particolare correlazione positiva ai discorsi sui grassi. (25)

Dallo studio di Ferreira *et al.* (2020) emerge il significativo effetto moderatore degli sforzi insicuri (intesi come forma di comportamento competitivo presente in individui

che si sentono sotto pressione per dimostrare agli altri che sono simpatici e accettabili) sulla relazione tra confronto sociale attraverso l'aspetto fisico e gli atteggiamenti e i comportamenti legati all'alimentazione. (31) Sebbene tali comportamenti siano originariamente adattivi, se continuamente utilizzati, possono diventare disadattivi e autodistruttivi in quanto possono sfociare in episodi di abbuffate, alimentazione emotiva, dipendenza da cibo. (32) Sia gli sforzi insicuri ma ancor più la vergogna - come ruolo centrale tanto nel far emergere quanto nel mantenere- sono predittori significativi e rappresentano il 20,5% della gravità del disturbo alimentare. (32)

Le abbuffate, conosciute con il termine inglese *binge eating disorder* (BED), sono state teorizzate come il risultato di strategie inefficaci di regolazione emotiva e possono essere viste come un tentativo di controllare esperienze interne negative, tra cui i pensieri difficili, le emozioni dolorose e incontrollabili. Tali comportamenti sono presenti nel 20%-40% delle persone che cercano trattamenti per la perdita di peso e ad esse sono associate maggiori probabilità di diventare obesi in età precoce e di avere comorbilità psichiatriche. Diminuire la vergogna e l'autocritica è un obiettivo determinante quando si tratta di alimentazione incontrollata come le abbuffate, in quanto la sua caratteristica è correlata alla disregolazione della sazietà e della consapevolezza della fame. Promuovere la consapevolezza alimentare aiuta ad aumentare i segnali di sazietà e di fame con conseguente riduzione della depressione e dell'ansia nelle persone affette da obesità e con BED. (27)

3.3 LA RIDOTTA AUTOSTIMA, IL SENSO DI COLPA E L'AUTOCOMPASSIONE

Lo stigma e la vergogna associate al peso rispetto al reale valore di MBI nelle persone affette da obesità è risultato positivamente correlato alla bassa autostima. (2)

La bassa autostima in genere causa sofferenza e dolore per i pensieri autocritici che accompagnano questa sofferenza e spesso è necessaria una forte spinta motivazionale per evitare o fuggire dalla vergogna (32) in quanto distruttiva per l'espressione del sé e del benessere perché promuove sbalzi d'umore e grave odio per il proprio corpo che portano a un senso di impotenza nei principali ambiti della vita quotidiana. (25)

Hain *et al.* (2015) affermano che nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica lo stigma del peso è associato ad elevati livelli di depressione e ad una minore autostima e che l'autostigma contribuisce ad accrescere lo stress psicologico che porta a manchevoli risultati in termini di salute fisica interferendo sugli sforzi efficaci nel trattamento dell'obesità. (30)

Le persone affette da obesità si sentono turbate, minacciate, tormentate dalle espressioni verbali, dagli sguardi, dal rifiuto e dagli atteggiamenti giudicanti da parte di altre persone che le portano ad avere continui confronti sociali generatori di ansia, nevroticismo e insicurezza verso sé stessi e ridotta autostima. (25)

All'aumentare dell'autostigma, l'alimentazione consapevole regredisce e questa relazione è spiegata in parte sia dalla scarsa volontà di accettare pensieri ed emozioni indesiderati legati alla propria immagine corporea che dalla bassa autocompassione. (32) Ciò concorre alla diminuzione della qualità della vita e ad un aumento degli stati depressivi. (30)

L'autocompassione media l'effetto dell'insoddisfazione corporea sulla qualità della vita ed è intesa come quella capacità sviluppata dall'individuo di essere gentile con sé stesso e di vedere le proprie difficoltà come parte dell'esperienza umana del vivere, di percepirsi e di considerarsi positivamente, di condursi durante i momenti emotivamente dolorosi in situazioni in cui i propri difetti o imperfezioni percepiti sono resi rilevanti. (27) Essa gioca un ruolo importante nel promuovere la resilienza di fronte ad esperienze di vita negative e stressanti ed è inversamente collegata ai pensieri sui problemi di salute e allo stigma del peso. (19,32)

Questo approccio mentale è contraddistinto dalla volontà di adottare auto-gentilezza in contrapposizione all'autocritica, dall'equanimità consapevole nell'assumere una posizione piuttosto che dall'eccessiva identificazione, dalla comprensione che tale sofferenza rientra nella condizione umana condivisa invece di un'esperienza etichettata come unica ed isolata. Tale approccio mentale è visto come un mezzo costruttivo per contrastare l'esperienza della vergogna. (32)

Integrare maggiori interventi di autocompassione negli approcci terapeutici, soprattutto nelle donne -che spesso riportano bassi livelli di autocompassione e alti livelli di stigma del peso interiorizzato- riduce il BMI, la perdita di peso a lungo termine, lo stigma del peso interiorizzato, l'alimentazione emotiva e la vergogna. (20) Dallo studio condotto da O'Hara *et al.* (2016) emerge, invece, come le prese in giro basate sul peso siano associate a minore autostima, maggiore preoccupazione per il peso, maggiore solitudine, elevata sintomatologia depressiva (29) con conseguenti pensieri legati all'autolesionismo e a tentati suicidi. (25)

Lucibello *et al.* (2021) (28) dichiarano nel loro studio che le prese in giro legate al peso corporeo, di riflesso portano a far sperimentare l'aumento del sentimento legato a sentirsi non apprezzati, esclusi e svalutati generando vergogna legata al corpo e senso di colpa con tensione e rimorso per i disturbi alimentari.

Nel mondo arabo, le dinamiche culturali sottostanti sono basate sull'onore e sulla vergogna e quindi la percezione della presa in giro e il senso di colpa associato al peso riflettono la cultura araba. (29)

La qualità della propria immagine corporea positiva, per questo accettarsi consapevolmente, è un approccio adattivo per rispondere alle esperienze negative vissute nelle sfide quotidiane a causa dell'esposizione alle minacce legate all'immagine corporea. (32)

Webb *et al.* (2016) nel loro studio precisano che la flessibilità dell'immagine corporea (intesa come la volontà di accettare pensieri ed emozioni indesiderate che riguardano il proprio corpo al fine di vivere una vita congrua con i valori) può essere un programma solido nello spiegare perché avere un *bias* di peso interiorizzato (forma di autostigmatizzazione) sia inversamente collegata all'alimentazione intuitiva (forma di alimentazione consapevole scevra da cattive abitudini). (32)

Quindi accettare pensieri relativi al proprio corpo aiuterebbe l'individuo a diminuire lo stigma del peso e a gestire con successo l'alimentazione consapevole.

3.4 IL “PESO ECONOMICO”

Ben oltre lo stato di vergogna associato all’obesità, dallo studio condotto da Forbes *et al.* (2019) emerge anche il gravoso impatto in termini di “peso economico” associato alla condizione combinata di sovrappeso e obesità in Australia, nel periodo compreso tra il 2011 e il 2012, stimato per i costi diretti e indiretti pari a 8,6 miliardi di dollari.
(19)

3.5 IL COMPORTAMENTO DEI PROFESSIONISTI IN AMBITO SANITARIO

Negli ultimi anni si stanno accumulando prove concernenti che lo stigma associato alle persone affette da obesità riguarda non solo la sfera dell'ambiente familiare e sociale, ma anche la sfera dei settori istituzionali come quello sanitario.

I professionisti della salute sono considerati come la fonte di stigma più comune nei confronti delle persone affette da obesità. (2)

Dallo studio condotto da Forbes *et al.* (2019) si apprende come gli atteggiamenti e i commenti negativi espressi dai diversi professionisti sanitari derivino dal vedere i loro pazienti affetti da obesità come non conformi, poco attraenti, pigri, demotivati, brutti, imbarazzanti tanto da non sentirsi a proprio agio nel prendersi cura di loro. Questo potrebbe portare ad innalzare muri comunicativi e barriere nelle relazioni interpersonali che conducendo la persona affetta da obesità all'isolamento sociale. Tale condizione influisce negativamente sulla qualità della vita in termini di benessere psichico e mina la possibilità di creare nuovi legami. (19)

Far vivere alle persone affette da obesità questi comportamenti negativi da parte dei professionisti della salute può portare ad allontanare i pazienti o a ritardare o annullare le visite mediche specialistiche necessarie al monitoraggio del quadro clinico nei percorsi di perdita di peso: *“se già in partenza la complessità dell'obesità interferisce con gli sforzi della persona che ne è affetta a modificare il suo stile di vita, le influenze dello stigma creano una maggiore vulnerabilità alle scivolate”* (2)

Al fine di ridurre gli esiti psicologici negativi come la vergogna e lo stigma associati al sovrappeso e all'obesità, Pila *et al.* (2015) e Gilmartin *et al.* (2013) suggeriscono che i Medici, gli Infermieri e gli operatori sanitari tutti dovrebbero cercare di ridurre le emozioni negative come la vergogna legata al corpo nelle relazioni cliniche, utilizzando interventi sia di autocompassione ma anche strategie cognitivo-comportamentali focalizzate sulla consapevolezza, entrambe utili nei contesti clinici. (6,25)

Queste tecniche sono anche efficaci nel migliorare l'autostima indipendentemente dalla perdita di peso e, come sostiene Braun *et al.* (2022), se associate ad un

approccio dialettico mirato, possono ridurre lo stigma del peso interiorizzato e la vergogna e migliorare, infine, lo stile di vita rendendolo adeguato. (20)

Gli approcci da parte dei sanitari che mirano alla riduzione della vergogna e dell'autocritica attraverso atteggiamenti incentrati sull'autocompassione, sulla consapevolezza, sulla promozione di azioni basate sui valori e rassicuranti nei confronti delle difficoltà/difetti percepiti dalle persone affette da obesità, sembrano essere particolarmente utili anche nel ridurre la psicopatologia alimentare. (27)

Dagli studi di Forbes *et al.* (2019) e Hain *et al.* (2015) si evince il suggerimento per la pratica clinica che, quando si lavora in ambito sanitario con persone affette da obesità o in sovrappeso, bisognerebbe valutare e considerare -attraverso test o discussioni psicometriche- la misura in cui gli individui hanno interiorizzato lo stigma del peso (quindi le proprie convinzioni su sé stessi) così come la loro capacità di essere autocomprendenti (il modo in cui ci si comporta in situazioni difficili), in quanto ciò potrebbe aiutare sia i pazienti che i sanitari a prendere le migliori decisioni terapeutiche aumentando, quindi, gli effetti benefici e positivi di un approccio dimagrante. (19,30)

Perciò, gli Infermieri hanno il dovere morale di abbracciare l'unicità e la diversità dei loro pazienti promuovendo la dignità, il rispetto e il benessere. (25) Vigge la raccomandazione di ridurre gli atteggiamenti stereotipati e le convinzioni personali legate al peso e di sviluppare, attraverso le tecniche comunicative, un modo più rassicurante e di supporto quando si affrontano situazioni stigmatizzanti per aiutare a spostare l'idea di priorità dal perdere peso e dall'essere magri all'idea del vivere bene ed essere in salute. (32)

Dallo studio di Gilmartin *et al.* (2013) si apprende quanto sia importante che gli Infermieri acquisiscano le conoscenze sulla psicodinamica della cura (che si basa sulla sensibilità relazionale, sul supporto, sull'educazione sanitaria, sull'accettazione non giudicante) favorendo nei singoli pazienti la possibilità di rivelare le proprie emozioni preoccupanti per poter rielaborare un nuovo modo di essere allo scopo di raggiungere obiettivi individuali in termini di immagine corporea. Questo avviene attraverso gruppi di sostegno che mirano ad abilitare i partecipanti ad individuare i blocchi emotivi lasciando andare l'autocritica prima di intraprendere i programmi di accettazione dell'immagine corporea. (25)

3.6 I MEZZI DI INFORMAZIONE

Le immagini che i media proiettano e trasmettono influenzano in modo significativo la percezione del corpo di chi le guarda ponendo l'enfasi sull'apparenza, sulla bellezza e sulla femminilità nelle donne tanto da presentarle con una forma corporea significativamente più magra rispetto alla donna della popolazione in generale. (25) Riguardo al genere femminile, le donne sono sotto pressione per raggiungere la forma corporea della magrezza idealizzata perché la cultura della società moderna spinge sia sulla promozione del corpo fisicamente attraente sia sull'associazione ad esso di caratteristiche positive come l'intelligenza, la bellezza, il potere, la felicità e il successo. (31)

Dallo studio condotto da Forbes *et al.* (2019) si delinea che -in un contesto più ampio della società- tramite le campagne di salute pubblica sono state esaminate le campagne di prevenzione e informazione dell'obesità attraverso la pubblicità mediatica che miravano ad incoraggiare pratiche di vita sana facendo *focus* su diversi temi-chiave, tra cui il rischio e la responsabilità individuale, l'uso della paura per incoraggiare al cambiamento e, infine, stigmatizzare l'obesità come disgustosa. È emerso che si sono generate conseguenze indesiderate come il provocare la vergogna e il senso di colpa, stigmatizzando in questo modo le persone già affette da obesità o in sovrappeso e contribuendo, per giunta, ad aumentare i già presenti problemi di salute mentale. (19) Ad oggi, il modello di minaccia dell'identità sociale presuppone che, identificarsi come membro dell'identità sociale "sovrappeso/affetto da obesità", sia alla base per cagionare vergogna (28) e, sebbene l'attuale ideale di magrezza non viene raggiunto dalla maggior parte delle donne, i tentativi di perseguirla generano come conseguenza un senso di fallimento personale che, associato alla vergogna in una condizione di vulnerabilità emotiva, possono concorrere ad uno sviluppo di psicopatologie alimentari. (31)

Poiché le informazioni che vengono cedute attraverso i messaggi sociali si concentrano più sull'aspetto fisico determinato dall'ideale di magrezza-bellezza occidentale (25) che su altri attributi del genere femminile, le donne possono essere più propense rispetto agli uomini a svalutare sé stesse e a sperimentare emozioni autocoscienze negative come la vergogna legata al peso. (28)

3.7 DISIMPEGNO SESSUALE E INTIMITA' INTERROTTA: L'INVISIBILITA'

Le preoccupazioni sull'immagine corporea sono di fondamentale importanza per le persone obese in generale, ma anche per quelle che si giovano dei vantaggi che la chirurgia bariatrica concede loro favorendo una massiva perdita di peso (MWL) ma che, nonostante tutto, rimangono ancora turbate (25) se non rimosse del tutto, come ad esempio non essere in grado di guardarsi nudi allo specchio per evitare di vedere riflesso il proprio corpo 'orribile' e 'disgustoso' per lo 'sbalzo addominale'. (26)

Le intimità e le relazioni sessuali risultano essere fortemente influenzate dalla scarsa immagine corporea, dall'insoddisfazione e la sopravvalutazione dell'aspetto esteriore, dalla intensa vergogna per il corpo per l'attrattiva sessuale per i pazienti con gravi dimagrimenti che portano ad avere la pelle in eccesso rilassata. Ne soffrono soprattutto le donne, che riconoscono a sé stesse una bassa stima sessuale per una minore fiducia nel proprio funzionamento sessuale e un disinteresse/distacco emotivo dall'esperienza sessuale stessa che risulta in tal modo essere fortemente disturbata. A differenza degli uomini che, sentendo la pressione di conformarsi agli ideali sociali, attribuiscono il successo sessuale all'aver cura di un bell'aspetto. (25) Sempre dallo studio di Gilmartin *et al.* (2013) emerge la testimonianza di come i problemi sessuali legati al corpo conseguente alla chirurgia bariatrica (tra cui le pieghe cutanee in eccesso che causano difficoltà funzionali, dolore, infezioni ricorrenti, difficoltà nell'esercizio fisico e nell'abbigliamento) portassero alla rottura delle relazioni di coppia con il divorzio/separazione, sentimenti di fallimento e interruzione dell'esperienza sessuale, di depressione, di solitudine, di ansia ed evitamento che conduce ad un drastico calo della qualità di vita. (25)

Dopo la durata della sofferenza a causa dell'obesità, la nuova immagine corporea può diventare un senso di disgusto verso il proprio corpo con una fonte di profonda vergogna e di umiliazione nei confronti di sé. La vergogna del corpo e la mancanza di accettazione si influenzano a vicenda in quanto la vergogna, interna ed esterna, può impedire l'accettazione di come si è. (26)

3.8 CHIRURGIA BARIATRICA VS VERGOGNA DEL PESO

Dallo studio condotto da Smith *et al.* (2013) si evince come molte persone affette da obesità si rivolgano alla chirurgia bariatrica per ridurre drasticamente il peso, in quanto generatore di vergogna legata al corpo, con l'obiettivo di migliorare il benessere e la qualità complessiva della vita nella sfera psicosociale. (26) Questi soggetti vivono in posizioni svantaggiate perchè vulnerabili alla discriminazione nonché al giudizio negativo in quanto ritenuti meno responsabili della perdita del proprio peso corporeo rispetto a coloro che hanno perso peso con la dieta e l'esercizio fisico. (30) Smith *et al.* (2013) asseriscono che i pazienti che hanno scelto di effettuare un trattamento di chirurgia bariatrica provino, anche a distanza di un anno, un'elevata insoddisfazione e vergogna per il proprio corpo per il disagio legato all'apparenza a motivo del conseguente eccesso di pelle su addome, braccia, viso e cosce. Per questo motivo preferiscono considerare il proprio corpo proiettato nel futuro una volta migliorato piuttosto che abitare mentalmente il loro corpo nel presente. L'immagine corporea sembrerebbe migliore a seguito della chirurgia estetica e si prevede, inoltre, un aumento della casistica per rimuovere la pelle risultante in eccesso col risultato di favorire, in questo modo, la 'cultura della trasformazione' e del rinnovamento che considera il corpo come qualcosa da 'aggiustare'. Questo aspetto significativo potrebbe portare ad un aumento della fiducia in sé stessi ed una migliore accettazione del proprio corpo. (26)

4. DISCUSSIONI

L'obiettivo dello studio è stato di mappare quanto vi sia in letteratura di inerente all'impatto che la vergogna esercita sulla vita quotidiana delle persone affette da obesità.

L'immagine corporea ha un significato multidimensionale che coinvolge la percezione dell'aspetto corporeo, pensieri e credenze riguardanti la forma e l'aspetto del corpo, le emozioni che riflettono come gli individui si sentono riguardo alla propria dimensione corporea e i comportamenti che inglobano azioni legate all'apparenza. (21)

Dagli studi qualitativi e quantitativi emerge chiaramente come la vergogna del proprio corpo giochi un ruolo importante nel predire in modo significativo il generare e mantenere gli atteggiamenti alimentari disordinati (31) e di come gli individui classificati in sovrappeso ed obesi sperimentino e riferiscano maggiore vergogna e senso di colpa rispetto a individui non obesi. (21)

La vergogna per il proprio aspetto corporeo influenza i disturbi dell'immagine corporea e uno dei più rilevanti disturbi è il “*fat talk*” ovvero fare commenti denigratori sul proprio aspetto e/o su quello degli altri nel tentativo di alleviare la vergogna verso il proprio corpo e assolvere sé stessi dal senso di colpa. Tale atteggiamento genera l'insorgenza di sintomi depressivi e lo sviluppo o il mantenimento dei disturbi alimentari con conseguenze negative sulla salute. (33) Nella sfida che il sistema sanitario globale è tenuto a considerare, le azioni dovrebbero concentrarsi sulla salute del corpo piuttosto che sul suo aspetto esteriore contestando gli standard di bellezza forniti dalle piattaforme dei social media. Questi standard sarebbero da abbandonare in quanto il perpetuare l'ideale del corpo “sottile” provoca sentimenti di insoddisfazione nella popolazione. (33)

Benché i disturbi dell'immagine corporea e la vergogna vengano sperimentate anche dagli uomini, questo genere di esperienza risulta qualitativamente diverso e più grave nelle donne dal momento che si presenta fin dalla tenera età dell'infanzia e continua per tutta l'età adulta. (33) Considerata l'importanza della vergogna legata al corpo come antecedente la scarsa salute fisica e mentale, misurarla è importante per istituire interventi mirati sull'immagine corporea. (28) Da questo lavoro risulta che esistono e vengano usati gli strumenti (es. la Weight- and Body-Related Shame and Guilt Scale WEB-SG (34) e la Weight Bias Internalisation Scale WBIS (35)) per identificare,

anche precocemente, quello che risulta essere l'impatto della vergogna del peso e lo stigma sulle persone affette da obesità nella loro quotidianità per poterli aiutare ad intraprendere percorsi di aiuto (36).

Per questo motivo, l'identificazione degli individui ad alto rischio di sviluppare la vergogna legata al corpo aiuterà a costruire strategie di intervento mirato sull'immagine corporea e così facendo si ridurrebbero le emozioni autocoscienti negative e di conseguenza i comportamenti disadattivi sulla salute. (21)

La comprensione della vergogna dell'immagine corporea contribuisce a una migliore comprensione della psicopatologia alimentare; questo suggerisce che l'associazione tra vergogna e psicopatologia alimentare dipende pienamente dalla misura in cui l'immagine corporea diventa una fonte di vergogna, con la conseguente attivazione di atteggiamenti disadattivi e difensivi. (37)

Riguardo alla professione Infermieristica, nell'ultimo Codice Deontologico degli Infermieri (2019), all'art.10 viene posto l'accento sull'importanza dell'aggiornamento delle competenze attraverso lo studio e la ricerca al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività in cui, a mio avviso, rientra la modalità comunicativa utilizzata dal personale sanitario nell'affrontare la relazione di cura. Tale aspetto significativo della formazione infermieristica può risultare determinante riguardo la positività o meno dell'esperienza del paziente affetto da obesità e decisiva per la prosecuzione delle cure.

5. LIMITI

In relazione allo sviluppo del presente lavoro di tesi, i limiti riscontrati possono essere riconducibili all'aver incluso per la ricerca e analisi solo gli articoli in lingua inglese e in lingua italiana e il non aver interrogato altri database elettronici meno rilevanti o riviste.

Sebbene i presenti studi analizzati sollevino interessanti tematiche, i loro meriti devono essere considerati nel contesto delle seguenti limitazioni: le principali limitazioni riscontrate negli studi analizzati sono relative al campione fortemente incentrato su sole donne che non ha potuto permettere l'esplorazione delle differenze tra uomini e donne in rapporto al rango sociale (18) mettendo, in tal modo, a rischio la generalizzabilità dei risultati. (21)

Un altro limite riscontrato negli studi può essere riferito al disegno di studio, come ad esempio nell'indagine trasversale di Carter *et al.*(2022) (18) e nei rispettivi studi di Pila *et al.* (2015) e di Pila *et al.* (2016) in cui eventuali altri dati longitudinali raccolti nel tempo potranno essere fruibili in ricerche future e consentire così la valutazione della direzionalità e delle associazioni prese da loro in esame. (6,21) Un ulteriore limite riscontrato dall'analisi degli articoli riguarda la natura dei dati degli studi trasversali che preclude inferenze causali, come ad esempio il solo reclutamento di studenti universitari che riduce la generalizzabilità del campione. (28)

Non ultimo per importanza è da non trascurare la comprensione del potenziale limite dello strumento BMI in quanto non permette di distinguere la massa grassa dalla massa magra: è auspicabile che in futuro siano utilizzati altri strumenti più oggettivi nella rilevazione dello stato di peso. (21,38)

6. CONCLUSIONI

Lo scopo del presente studio è di mappare quanto la vergogna impatta sulle persone affette da obesità. Dagli studi revisionati, che rispettavano i criteri di ammissibilità già dichiarati, emerge chiaramente che negli ultimi tre decenni il sovrappeso e l'obesità e le relative conseguenze sulla salute, come la percezione della vergogna, sono diventati priorità di salute pubblica globale.

Attraverso questo studio di mappatura del fenomeno vergogna in relazione alle persone affette da obesità si può stabilire che, nei progetti futuri, i Governi e i diversi Sistemi Sanitari potrebbero sostenere sia strategie di supporto per le persone affette da obesità che promuovere le conoscenze e le competenze attraverso la formazione dei professionisti della Salute e incoraggiare in tutta la popolazione nuovi approcci culturali e organizzativi. Tali approcci dovrebbero essere orientati all'educazione e alla prevenzione, oltre che alla precocità e priorità degli interventi al fine di migliorare la salute e il benessere collettivo.

Un'aspetto, quindi, da non trascurare nel futuro riguarda la formazione degli operatori sanitari che risulta essere necessaria, se non indispensabile, per rispondere adeguatamente ed efficacemente ai bisogni di salute di questa fascia di popolazione affetta da obesità. Tutto il personale sanitario che è a stretto contatto con questa categoria di persone, può contribuire attivamente nei processi di cambiamento che promuovono la salute tanto a livello individuale quanto a livello sociale, a condizione che ai pazienti affetti da obesità offrano un trattamento ispirato ad apertura scevro da pregiudizi, abbandonando i condizionamenti culturali negativi -nonché disfunzionali- e garantendo anche in questo modo una dignitosa qualità della vita.

Alla luce di questo mio lavoro, si può ritenere che, quando si decide di valorizzare nuovi studi clinici con programmi sanitari mirati ad aiutare gli individui affetti da obesità, bisognerà concentrarsi e potenziare sia i fattori psicologici -tra cui l'implementazione della compassione da parte del sanitario e dell'autocompassione e accettazione di eventi individuali negativi da parte della persona affetta da obesità- sia il peso che il confronto sociale ha sui sentimenti degli individui. (31)

La ricerca futura, pertanto, dovrebbe concentrarsi su una migliore comprensione e individuazione delle esperienze di sviluppo della vergogna legata al corpo in relazione al peso, col fine di promuovere il benessere psicologico generale e la salute (6) oltre

che considerare il campionamento di un gruppo più rappresentativo e bilanciato di donne e di uomini. (21)

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Faccio E. Le identità corporee: quando l'immagine di sé fa star male. Giunti; 2007.
2. Daniele Di Pauli. *Obesità e stigma*. Prima edizione. Positive Press; 2021.
3. WHO (1995) Physical status the use and interpretation of anthropometry. Reports of a WHO Expert Committee. WHO technical report series 854. World Health Organization.pdf.
4. Ministero della Salute. L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale [Internet]. Disponibile su: <https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5510&area=nutrizione&menu=vuoto>
5. World Health Organization. Overview [Internet]. Disponibile su: https://www.who.int/health-topics/obesity/#tab=tab_1
6. Pila E, Sabiston CM, Brunet J, Castonguay AL, O'Loughlin J. Do body-related shame and guilt mediate the association between weight status and self-esteem? *Journal of Health Psychology*. maggio 2015;20(5):659–69.
7. World Obesity Federation. Prevalence of overweight and obese adults (%). [Internet]. Disponibile su: <https://www.worldobesity.org>
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). [Internet]. 5ª ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1092 p. Disponibile su: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
9. World Health Organization. Prevention and control [Internet]. Disponibile su: https://www.who.int/health-topics/obesity/#tab=tab_3
10. Westermann S, Rief W, Euteneuer F, Kohlmann S. Social exclusion and shame in obesity. *Eating Behaviors*. aprile 2015;17:74–6.
11. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes*. settembre 2008;32(9):1431–7.
12. Carr D, Friedman MA, Jaffe K. Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*. giugno 2007;4(2):165–77.
13. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *Int J Obes*. aprile 2013;37(4):612–9.
14. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that

they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*. novembre 2011;73(9):1349–56.

15. Brewis A, Bruening M. Weight Shame, Social Connection, and Depressive Symptoms in Late Adolescence. *IJERPH*. 1 maggio 2018;15(5):891.
16. Vender S. Stigma interiorizzato e vergogna. 2005;(11):233–43.
17. Albohn-Kühne C, Rief W. Scham, Schuld und soziale Angst bei Adipositas mit „Binge-Eating“-Störung. *Psychother Psych Med*. settembre 2011;61(09/10):412–7.
18. Carter A, Hoang N, Gilbert P, Kirby JN. Body weight perception outweighs body weight when predicting shame, criticism, depression and anxiety for lower BMI range and higher BMI range adults. *Journal of Health Psychology*. settembre 2022;27(10):2276–90.
19. Forbes Y, Donovan C. The role of internalised weight stigma and self-compassion in the psychological well-being of overweight and obese women. *Australian Psychologist*. dicembre 2019;54(6):471–82.
20. Braun TD, Olson K, Panza E, Lillis J, Schumacher L, Abrantes AM, et al. Internalized weight stigma in women with class III obesity: A randomized controlled trial of a virtual lifestyle modification intervention followed by a mindful self-compassion intervention. *Obesity Science and Practice*. 2022;8(6):816–27.
21. Pila E, Brunet J, Crocker PRE, Kowalski KC, Sabiston CM. Intrapersonal characteristics of body-related guilt, shame, pride, and envy in Canadian adults. *Body Image*. 2016;16:100–6.
22. Arksey H, O’Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. febbraio 2005;8(1):19–32.
23. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2 ottobre 2018;169(7):467–73.
24. Ueland V. Stigmatisation and shame -- a qualitative study of living with obesity. *Norwegian Journal of Clinical Nursing / Sykepleien Forskning*. 6 settembre 2019;1–18.
25. Gilmartin J. Body image concerns amongst massive weight loss patients. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc)*. maggio 2013;22(9–10):1299–309.
26. Smith F, Farrants JR. Shame and self-acceptance in continued flux: Qualitative study of the embodied experience of significant weight loss and

removal of resultant excess skin by plastic surgery. *Journal of Health Psychology*. 2013;18(9):1129–40.

27. Pinto-Gouveia J, Carvalho SA, Palmeira L, Castilho P, Duarte C, Ferreira C, et al. Incorporating psychoeducation, mindfulness and self-compassion in a new programme for binge eating (BEfree): Exploring processes of change. *Journal of Health Psychology*. 15 marzo 2019;24(4):466–79.
28. Lucibello KM, Nesbitt AE, Solomon-Krakus S, Sabiston CM. Internalized weight stigma and the relationship between weight perception and negative body-related self-conscious emotions. *Body Image*. giugno 2021;37:84–8.
29. O’Hara L, Tahboub-Schulte S, Thomas J. Weight-related teasing and internalized weight stigma predict abnormal eating attitudes and behaviours in Emirati female university students. *Appetite*. 2016;102:44–50.
30. Hain B, Langer L, Hünemeyer K, Rudofsky G, Zech U, Wild B. Translation and Validation of the German Version of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ). *Obesity Surgery*. 2015;25(4):750–3.
31. Ferreira C, Mendes C. Insecure striving as an exacerbator of the toxic effect of shame feelings on disordered eating. *Eating and Weight Disorders*. 2020;25(3):659–66.
32. Webb JB, Hardin AS. An integrative affect regulation process model of internalized weight bias and intuitive eating in college women. *Appetite*. 2016;102:60–9.
33. Mills J, Fuller-Tyszkiewicz M. Fat Talk and Body Image Disturbance. *Psychology of Women Quarterly*. marzo 2017;41(1):114–29.
34. Conradt M, Dierk JM, Schlumberger P, Rauh E, Hebebrand J, Rief W. Development of the Weight- and Body-Related Shame and Guilt Scale (WEB-SG) in a Nonclinical Sample of Obese Individuals. *Journal of Personality Assessment*. giugno 2007;88(3):317–27.
35. Durso LE, Latner JD. Understanding Self-directed Stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale. *Obesity* [Internet]. novembre 2008 [citato 23 febbraio 2024];16(S2). Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2008.448>
36. Conradt M, Dierk J, Schlumberger P, Rauh E, Hebebrand J, Rief W. Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *J Clin Psychol*. ottobre 2008;64(10):1129–44.
37. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C, Batista D. Body Image as a Source of Shame: A New Measure for the Assessment of the Multifaceted Nature of Body Image Shame. *Clin Psychology and Psychoth*. novembre 2015;22(6):656–66.

38. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for Healthy Weight. PRIMARY CARE. 1999;

8. ALLEGATI

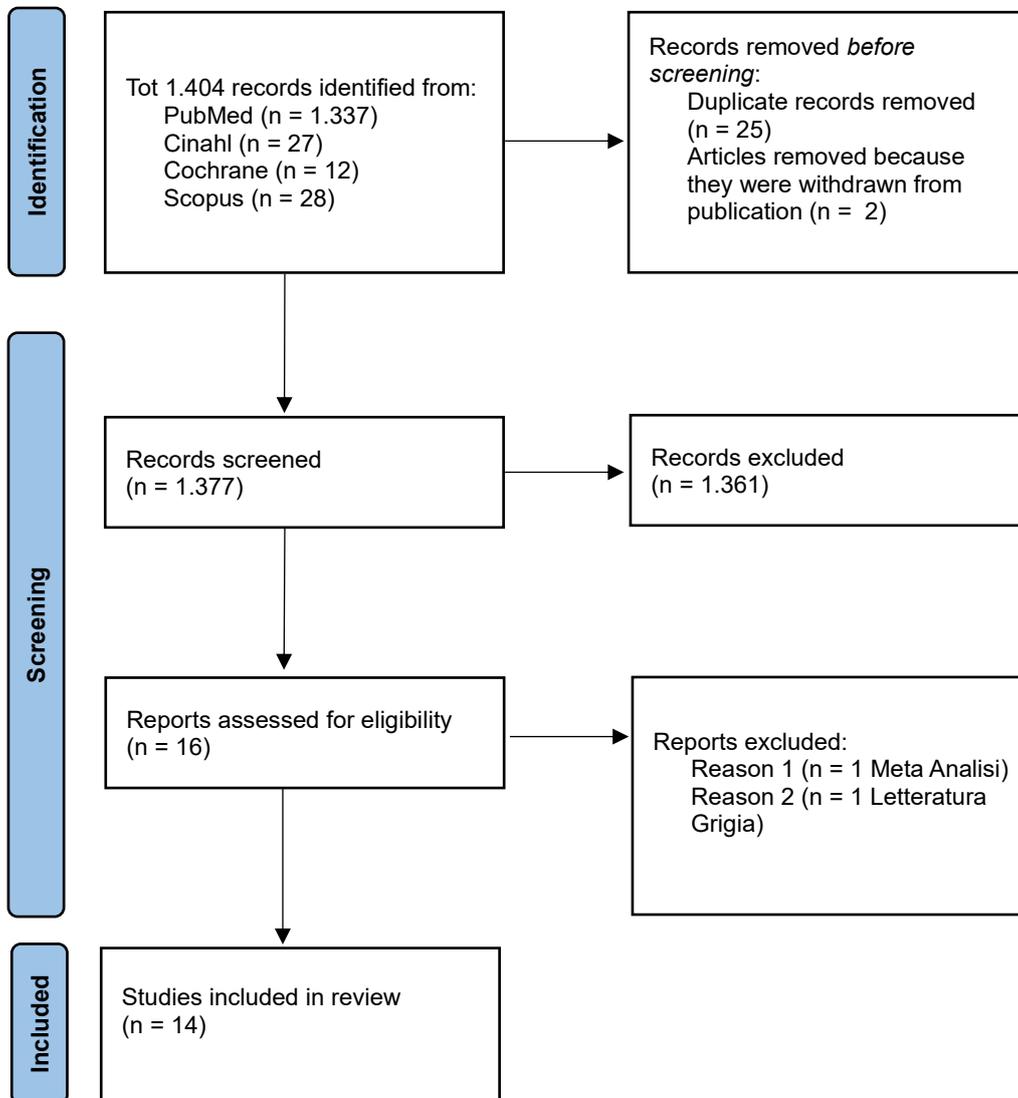
8.1 Tabella 1: Stringhe di ricerca

Banca Dati	Domanda
Scopus	(TITOLO-CHIAVE-ASS (obesità) E TITOLO-CHIAVE-ASS (vergogna) E (TITOLO-CHIAVE-ASS (consapevolezza) O TITOLO-CHIAVE-ASS (sé E concetto) O TITOLO-CHIAVE-ASS (salute E istruzione) O TITOLO-ABS-KEY (infermiere AND ruolo) AND PUBYEAR > 2009 AND PUBYEAR < 2024) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS") O LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC") O LIMIT-TO (SUBJAREA , "HEAL")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (LINGUA , "inglese") O LIMIT-TO (LINGUA , "italiano"))
CINAHL	((MH "Obesity+") OR "obesity") AND ((MH "Shame+") OR "shame") AND ((MH "Mindfulness+") OR "mindfulness" OR "nurse's role" OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Self Concept+") OR "self concept")
Cochrane	#1 MeSH descriptor: [Obesity] explode all trees 21415 #2 MeSH descriptor: [Binge-Eating Disorder] explode all trees 426 #3 MeSH descriptor: [Shame] explode all trees 121 #4 MeSH descriptor: [Social Stigma] explode all trees 555 #5 MeSH descriptor: [Social Discrimination] explode all trees 199 #6 MeSH descriptor: [Social Isolation] explode all trees 625 #7 MeSH descriptor: [Depression] explode all trees 18620 #8 MeSH descriptor: [Shyness] explode all trees 21 #9 MeSH descriptor: [Quality of Life] explode all trees 44072 #10 MeSH descriptor: [Nursing Care] explode all trees 2401 #11 MeSH descriptor: [Nurse's Role] explode all trees 540

	<p>#12 MeSH descriptor: [Health Educators] explode all trees 32</p> <p>#13 MeSH descriptor: [Mindfulness] explode all trees 2146</p> <p>#14 #1 OR #2 21737</p> <p>#15 #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 61105</p> <p>#16 #10 OR #11 OR #12 OR #13 5027</p> <p>#17 #14 AND #15 AND #16 12</p>
PubMed	<p>(“obesity”[Mesh] OR “obesity”[text word] OR “obesity, morbid”[Mesh] OR “obesity, morbid”[text word] OR “obesities, morbid”[text word] OR “obesity, severe”[text word] OR “obesities, severe”[text word] OR “severe obesities”[text word] OR “severe obesity”[text word] OR “morbid obesity”[text word] OR “morbid obesities”[text word] OR “binge-eating disorder”[Mesh] OR “binge-eating disorder”[text word] OR “binge eating disorder”[text word] OR “binge eating disorders”[text word] OR “disorder, binge-eating”[text word] OR “disorders, binge-eating”[text word]) AND (“shame”[Mesh] OR “shame”[text word] OR “shames”[text word] OR “social stigma”[Mesh] OR “social stigma”[text word] OR “social stigmas”[text word] OR “stigmas, social”[text word] OR “stigma, social”[text word] OR “social discrimination”[Mesh] OR “social discrimination”[text word] OR “discrimination, social”[text word] OR “disability discrimination”[text word] OR “discrimination, disability”[text word] OR “ableism”[text word] OR “housing discrimination”[text word] OR “discrimination, housing”[text word] OR “housing discriminations”[text word] OR “depression”[Mesh] OR “depression”[text word] OR “depressive symptoms”[text word] OR “depressive symptom”[text word] OR “symptom, depressive”[text word] OR “emotional depression”[text word] OR “depression, emotional”[text word] OR “social isolation”[Mesh] OR “social isolation”[text word] OR “isolation, social”[text word] OR “social exclusion”[text word] OR “exclusion, social”[text word] OR “social exclusions”[text word]) OR “shyness”[Mesh] OR “shyness”[text word] OR “timidity”[text word] OR “quality of life”[Mesh] OR “quality of life”[text word] OR “life quality”[text word] OR “health-related quality of life”[text word] OR “health related quality of life”[text word] OR “HRQOL”[text word] AND (“nursing care”[Mesh] OR “nursing care”[text word] OR “care, nursing”[text word] OR “management, nursing care”[text word] OR “nursing care management”[text word] OR “nurse’s role”[Mesh] OR “nurse’s role”[text word] OR “nurse’s roles”[text word] OR</p>

	<p>“role, nurse’s”[text word] OR “roles, nurse’s”[text word] OR “nurses role”[text word] OR “nurses roles”[text word] OR “role, nurses”[text word] OR “roles, nurses”[text word] OR “nurse’s scope of practice”[text word] OR “nurse scope, practice”[text word] OR “nurses scope, practice”[text word] OR “practice nurse’s scope”[text word] OR “practice nurse’s scopes”[text word] OR “nurse’s role”[text word] OR “nurse role”[text word] OR “nurse’s roles”[text word] OR “role, nurses”[text word] OR “roles, nurses”[text word] OR “health education”[Mesh] OR ”health education”[text word] OR ”education, health”[text word] OR ”community health education”[text word] OR ”education, community health”[text word] OR “health education, community”[text word] OR “mindfulness”[Mesh] OR “mindfulness”[text word] OR ”coaching”[text word])</p>
--	--

8.2 Figura 1: PRISMA-ScR



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

8.3 Tabella 2: Estrazione dei dati

Autore/Anno	Scopo	Disegno di studio, campione	Strumenti e strategie	Risultati	Conclusioni	Focus
Alicia Carter <i>et al.</i> , 2021	Esaminare la relazione tra vergogna per il peso corporeo, peso percepito, autocritica e salute mentale degli individui reclutati.	Disegno di studio di indagine trasversale con campionamento di convenienza attraverso i metodi di <i>snowball</i> tramite un sito di fornitori di corsi online a livello universitario. Lo studio ha reclutato un campione di 1695.	Misurazioni <i>online</i> su attraverso l'utilizzo del modello di equazioni strutturali per valutare la relazione tra peso percepito, rango sociale, autocritica e sintomi ansiosi e depressivi.	Il peso corporeo percepito è maggiormente importante del peso corporeo effettivo nel predire la vergogna del peso corporeo.	Il presente studio fa luce sull'importante ruolo che la mentalità sociale ha nella comprensione dei legami tra vergogna per il peso corporeo, autocritica, ansia e depressione per coloro che rientrano nelle categorie di BMI. Sottolinea che è il peso corporeo percepito ad essere più importante nel prevedere la vergogna del peso corporeo rispetto al peso corporeo effettivo.	Disagio psicologico e rango sociale.

<p>Eva Pila <i>et al.</i>, 2015</p>	<p>Lo scopo di questo lavoro è stato quello di testare la vergogna e il senso di colpa legati al corpo come emozioni che mediano l'associazione tra stato di peso e autostima.</p>	<p>Studio prospettico longitudinale di coorte. Campione di 790 giovani adulti reclutati da 7 scuole inglesi e da 3 scuole francesi, appositamente selezionati per includere studenti che vivevano in aree urbane, suburbane e rurali.</p>	<p>Compilazione di questionari self-report e autovalutazione con scala su autostima (scala Likert Rosenberg (RSE)), senso di colpa e vergogna legati al corpo (scala Likert WEB-SG). Le misurazioni dello stato di peso (·peso e altezza, ·spessore delle pliche cutanee e ·circonferenza della vita) sono state effettuate da tecnici di ricerca addestrati.</p>	<p>Le analisi suggeriscono che la vergogna legata al corpo media la relazione tra stato di peso ed autostima. I punteggi di colpa e vergogna legati al corpo erano da bassi a moderati, mentre i punteggi di autostima erano generalmente alti rispetto alla vergogna e senso di colpa. Le donne hanno riportato punteggi medi più alti di senso di colpa e vergogna legati al corpo e punteggi più bassi di autostima rispetto ai maschi. La vergogna legata al corpo era un mediatore statisticamente significativo ed era</p>	<p>La vergogna e il senso di colpa legati al corpo hanno mediato il percorso tra diversi indicatori dello stato di peso (come il BMI, il rapporto vita-altezza (WtH) e lo spessore della plica cutanea) e l'autostima. Solo la vergogna (rispetto al senso di colpa) legata al corpo è da ritenersi un mediatore unico che spiega questa relazione tra peso e autostima. Complessivamente le esperienze di senso di colpa e vergogna sono intensificate tra individui classificati come sovrappeso o obesi.</p>	<p>Disagio psicologico e rango sociale.</p>
-------------------------------------	--	---	---	--	---	---

				<p>maggiore di quello del senso di colpa. La riduzione delle emozioni negative legate al corpo può avere effetti e implicazioni importanti per il miglioramento dell'autostima nella gestione clinica del peso.</p>		
<p>Ueland, Venke <i>et al.</i>, 2019</p>	<p>Acquisire una comprensione più profonda di come le persone che vivono con l'obesità sperimentano la stigmatizzazione e la vergogna.</p>	<p>Lo studio ha un approccio fenomenologico-ermeneutico interpretativo in un disegno esplorativo. Sono state condotte interviste della durata dai 30 ai 90 minuti su un campione di convenienza di 18 persone che soffrono di obesità (15 donne e 3 uomini)</p>	<p>Le 18 interviste di ricerca qualitative approfondite con persone che soffrono di obesità, che hanno contribuito a fornire informazioni sul mondo della vita dell'individuo, sono state analizzate utilizzando il metodo di analisi qualitativa</p>	<p>Le persone che vivono con l'obesità sperimentano lo stigma sia da parte della società in generale che da parte del loro ambiente immediato in particolare. Lo stigma interiorizzato crea vergogna che può avere un grave impatto sia sul modo in cui le</p>	<p>La vergogna derivante dall'autostigma può essere superata sviluppando una resistenza alla vergogna che non può essere eliminato da un individuo isolato, bensì nel gruppo e nel dialogo con gli altri. È quindi importante che tutto il personale sanitario abbia una</p>	<p>Disagio psicologico e rango sociale.</p>

		reclutati all'inizio di un corso di tre settimane sul cambiamento dello stile di vita. Criterio di inclusione BMI >30, età compresa tra i 18 e i 75 anni e un interesse ad esprimersi oralmente.	fenomenologico-ermeneutico di Kvale e Brinkmann con tre livelli di interpretazione: 1) identificazione dell'autocomprensione dell'individuo; 2) fornire un'interpretazione ragionevole e generale di ciò che hanno detto i partecipanti; 3) i dati empirici raccolti portano a una teoria rilevante che può approfondire ed ampliare la comprensione dei dati.	persone obese vedono e percepiscono sé stesse autosvalutandosi sia sull'autorealizzazione perdendo di vista il futuro.	visione approfondita degli impatti dello stigma e della vergogna al fine di adottare atteggiamenti che riducano o liberino dalla vergogna e aumentino un sano amor proprio.	
Forbes, Yvette; Donovan, Caroline <i>et al.</i> , 2019	Esaminare due potenziali meccanismi: lo stigma del peso interiorizzato e l'autocompassione	Campione di convenienza costituito da 147 donne australiane in sovrappeso e obese di età	I questionari erano stati creati per misurare: stigma del peso sperimentato, stigma del peso	Lo stigma del peso interiorizzato dei soggetti facenti parte dello studio ha mediato/influenzato la	Lo stigma del peso gioca un ruolo di mediazione nella relazione tra i vissuti dello stigma sul peso e gli esiti	Ridotta autostima e autocompassione.

	<p>alla luce della relazione delle ricadute di natura fisica e mentale che lo stigma basato sul peso genera sugli individui in sovrappeso e obesi.</p>	<p>compresa tra i 18 e i 45 anni hanno completato, attraverso un sondaggio online di circa 20 minuti, una serie di questionari self-report.</p>	<p>interiorizzato, auto-compassione, fattori psicologici angoscia, vergogna del corpo, solitudine e soddisfazione della vita. Sono state condotte serie di quattro modelli di mediazione multipla (uno per ciascuna variabile dipendente). Le variabili sono state standardizzate prima di eseguire le analisi così da ottenere coefficienti standardizzati. Stigma del peso interiorizzato e l'autocompassione e sono stati inseriti</p>	<p>relazione tra ciò che hanno provato i soggetti stessi vittima di stigma e la vergogna che essi hanno del loro corpo, cosicché, una maggiore esperienza di stigmatizzazione sul peso ha portato ad una maggiore interiorizzazione di essa, che di conseguenza ha portato ad una maggiore vergogna del proprio corpo. Quindi lo stigma del peso interiorizzato svolge un ruolo di mediazione nella relazione tra lo stigma del peso sperimentato e gli esiti psicologici negativi. In aggiunta, l'auto-compassione ha</p>	<p>psicologici sfavorevoli. Sia lo stigma del peso interiorizzato che l'autocompassione svolgono ciascuno un ruolo diverso ma importante nel modo in cui lo stigma relativo al peso influisce sulle donne in sovrappeso e obese.</p>	
--	--	---	---	--	--	--

			<p>simultaneamente come mediatori. Le analisi di mediazione sono state condotte utilizzando la macro SPS PROCESS.</p>	<p>mediato la relazione tra la sperimentazione dello stigma e diversi fattori psicosociali, cosicché una maggiore stigmatizzazione provata ha portato ad una minore auto-compassione, che ha portato ad un maggiore distress psicologico, maggiore percezione della solitudine e minore soddisfazione della vita.</p>		
<p>Pinto-Gouveia, José; <i>et al.</i>, 2019</p>	<p>Esplora l'efficacia di BEfree (programma psicologico) in un intervento di gruppo di 12 sessioni di 2 ore e 30 ciascuno che integra</p>	<p>Studio non specificato ma dal testo si comprende sia sperimentale con disegno pre-post test e senza alcun gruppo di controllo.</p>	<p>I partecipanti hanno completato una batteria di questionari self-report prima dell'intervento, dopo l'intervento, a 3 e a 6 mesi dopo l'intervento.</p>	<p>I partecipanti hanno registrato una diminuzione delle abbuffate, della psicopatologia alimentare, della vergogna esterna, dell'autocritica,</p>	<p>I risultati sono stati mantenuti al follow-up a 3 e 6 mesi. I cambiamenti nelle abbuffate sono stati mediati dai cambiamenti nei processi di</p>	<p>Psicopatologia del disordine alimentare.</p>

	psicoeducazione, consapevolezza, auto-compassione e azione basata sui valori e inoltre quali processi psicologici mediano i cambiamenti terapeutici nelle abbuffate e nella psicopatologia alimentare.	Campione composto da 31 donne in sovrappeso e obese con disturbo da alimentazione incontrollata reclutati sia presso il Servizio di Endocrinologia presso il Centro Ospedaliero Universitario di Coimbra e sia attraverso annunci sui giornali nazionali.	Sono state condotte interviste cliniche per ottemperare i criteri di esclusione da parte di psicologi clinici che facevano parte del gruppo di ricerca e non erano responsabili dell'erogazione dell'intervento. È stata utilizzata l'analisi della varianza (ANOVA) con misure ripetute ed esplorato i processi di cambiamento nelle abbuffate e della psicopatologia alimentare.	dell'inflexibilità psicologica, della fusione cognitiva dell'immagine corporea e di un aumento dell'autocompassione e dell'impegno in azioni basate sui valori. È stata registrata anche una diminuzione del BMI, anche se la perdita di peso non era stata identificata come risultato primario del BEfree.	psicologia alimentare promossi da BEfree (consapevolezza, autocompassione e promuovere azioni basate sui valori). Gli autori suggeriscono che, nonostante i risultati siano stati promettenti, bisogna dare un'interpretazione attenta e di promuovere la ricerca futura.	
Lucibello, Kristen M. <i>et al.</i> , 2021	Indaga se il genere modera le associazioni tra	Studio condotto attraverso la compilazione di	Gli studenti universitari si sono offerti	Gli individui che si percepivano come troppo pesanti	I risultati sottolineano l'importanza dello	Psicopatologia del disordine alimentare.

	percezioni del peso, stigma del peso interiorizzato ed emozioni autocoscienti negative legate al corpo.	un questionario online-sondaggio trasversale somministrato ad un campione di 117 giovani adulti studenti universitari dell'Università di Toronto (64% donne) offerti volontari per lo studio.	volontari contattando i ricercatori dopo essere stati informati dello studio attraverso una lettera di informazioni di annunci di corsi online.	(52%) sperimentavano una maggiore vergogna e senso di colpa legati al corpo rispetto a coloro che si percepivano come giusti nel peso. Lo stigma del peso interiorizzato mediava queste associazioni nelle donne ma non negli uomini, cosicché percepirsi come troppo pesanti era associato a uno stigma del peso interiorizzato più elevato, che era associato a una maggiore vergogna e senso di colpa legati al corpo femminile.	stigma del peso interiorizzato come potenziale obiettivo di intervento tra le donne con diversi stati di peso che sono inclini a provare vergogna e senso di colpa legati al proprio corpo.	
Gilmartin, Jo <i>et al.</i> , 2013	Esplorare le questioni relative alla percezione dell'immagine	È stato utilizzato un disegno di studio qualitativo esplorativo.	Sono state inviate per posta ai potenziali partecipanti	Sono stati identificati un tema centrale incentrato sulla bruttezza	Le questioni relative all'immagine corporea sono	Ridotta autostima e autocompassione; disagio

	corporea da parte dei pazienti che hanno subito una massiccia perdita di peso.	Il campione comprendeva un numero di 20 partecipanti adulti (18 donne e 2 uomini) di diverse fasce di età (tra 29 e 63 anni) che avevano subito una massiccia perdita di peso sottoponendosi alla chirurgia bariatrica o cambiamenti radicali dello stile di vita, provenienti di diversi <i>background</i> etnici e culturali, reclutati retrospettivamente da un singolo ospedale universitario nel sud dell'Inghilterra.	diverse lettere di invito e un foglio informativo. Coloro che erano disposti a partecipare allo studio hanno contattato il ricercatore per maggiori informazioni. Sono state effettuate diverse interviste approfondite servendosi di registrazioni audio, condotte faccia a faccia e trascritte parola per parola. I dati sono stati analizzati utilizzando l'analisi tematica utilizzando il software NVIVO per l'analisi qualitativa dei dati.	dell'immagine corporea e tre sottotemi associate che includevano: il sentirsi socialmente emarginati, il sentirsi depressi e le difficoltà sessuali e di intimità.	estremamente significative e sembrano avere un effetto duraturo sul benessere e sulla funzione emotiva, contribuendo al disagio psicologico e all'isolamento sociale. È necessaria una maggiore sensibilità per consentire di lavorare sull'isolamento emotivo e sulla vergogna. Gli infermieri che si prendono cura di pazienti con massive perdite di peso devono essere consapevoli dei loro bisogni psicodinamici, devono adottare comportamenti non giudicanti bensì accettanti. Inoltre,	psicologico e rango sociale; disimpegno sessuale e intimità interrotta: l' <i>invisibilità</i> .
--	--	---	---	--	--	--

					devono essere consapevoli delle opzioni di trattamento ed essere in grado di valutare le questioni relative all'immagine corporea e implementare un'assistenza di qualità per questo particolare gruppo di pazienti, compresi programmi di accettazione dell'immagine corporea e gruppi di supporto. La ricerca sui bisogni di questo gruppo di pazienti è scarsa e questo è importante per la futura pratica infermieristica.	
Braun, T.D. <i>et al.</i> , 2022	Valutare la fattibilità, l'accettabilità e	Studio pilota randomizzato e controllato.	Le 28 donne con obesità sono state randomizzate a	Miglioramenti nello stigma del peso interiorizzato	La modificazione dello stile di vita (LM) in modalità	Ridotta autostima e autocompassione.

	<p>l'efficacia preliminare di un intervento di modifica dello stile di vita (LM) tramite video conferenza completamente da remoto per la perdita di peso seguito da una formazione o un controllo di auto-compassione consapevole (MSC) per individui con obesità di classe III e con elevato stigma del peso interiorizzato (WS).</p>	<p>Il campione randomizzato reclutato da fonti internet dopo aver completato uno screening online iniziale era composto da 28 donne di età compresa tra i 18 e i 65 anni con obesità di classe III ($46,6 \pm 3,7$ kg/m²) ed elevati livelli di stigma del peso interiorizzato (Internalized-WS).</p>	<p>uno dei due gruppi: 1) stile di vita (LM) di 4 mesi somministrato virtualmente per la perdita di peso seguito da una formazione di auto-compassione consapevole (MSC) di 2 mesi o 2) stile di vita (LM) di 4 mesi somministrato virtualmente per la perdita di peso seguito da un'educazione culinaria e dietetica che servivano come controllo (CON) di 2 mesi. Le misure/peso psicosociali sono state valutate al basale, a 4 mesi</p>	<p>(Internalized-WS), nella vergogna e nell'auto-compassione sono stati osservati con lo stile di vita (LM). La perdita di peso non differiva tra i gruppi a 6 mesi mentre a 9 mesi il trend era inferiore nel gruppo della formazione/controllo di auto-compassione consapevole (MSC) rispetto al gruppo dell'educazione culinaria/dietetica (CON) del 3%.</p>	<p>virtuale attraverso piattaforme di videoconferenza è fattibile, accettabile e porta a una significativa perdita di peso tra le donne con grave obesità; la formazione/controllo di auto-compassione consapevole (MSC) ha portato a un ulteriore miglioramento dello stigma del peso interiorizzato (Internalized-WS).</p>	
--	--	---	--	--	--	--

			(post-LM), a 6 mesi (post- MSC/CON) e a 9 mesi (follow-up).			
O'Hara, L. <i>et al.</i> , 2016	È stata esaminata la relazione tra atteggiamenti alimentari anormali, presa in giro del peso, stigma del peso interiorizzato e autostima negli Emirati Arabi Uniti.	Studio trasversale in un campione di convenienza di cittadine arabe negli Emirati Arabi. Un numero di 420 studentesse universitarie di due università degli Emirati.	I partecipanti hanno completato un sondaggio online autocompilativo di questionari comprendenti misure convalidate e affidabili. Sono state utilizzate analisi di regressione e mediazione per verificare le relazioni tra i fattori.	La sintomatologia del disturbo alimentare era correlata positivamente con l'essere infastiditi dalle prese in giro di familiari, amici e altri e con lo stigma del peso interiorizzato. La vergogna e il senso di colpa legati al peso e al corpo erano i più forti predittori della sintomatologia del disturbo alimentare.	I risultati dello studio suggeriscono dei motivi di preoccupazione riguardo la elazione dei livelli di sintomatologia alimentare disordinata e lo stigma e vergogna del peso tra le giovani donne degli Emirati Arabi Uniti. Le autorità sanitarie pubbliche dovrebbero considerare questi problemi come priorità d'azione al fine di migliorare la salute e il benessere di queste giovani donne.	Psicopatologia del disordine alimentare.

					Inoltre, è fondamentale ridurre le prese in giro basate sul peso per ridurre lo stigma e la vergogna relativi al peso.	
Pila, E. <i>et al.</i> , 2016	Esaminare le differenze nella vergogna, nel senso di colpa, nell'orgoglio e nell'invidia legati al corpo in base alle caratteristiche intrapersonali di sesso, età e peso.	Disegno di studio trasversale con tecniche di campionamento di convenienza ed e-mail di reclutamento sono servite per la composizione del campione composto da 527 adulti canadesi (73% da donne e 27% da uomini) di età compresa tra 18 e 65 anni. I partecipanti sono stati classificati e suddivisi in: giovani adulti (18-24 anni), adulti (25-44	Le analisi sono state eseguite in SPSS v20. Tutte le variabili di studio sono state esaminate per verificare le ipotesi di normalità, linearità e omoschedasticità. L'analisi consisteva in un'analisi multivariate omnibus della varianza (MANOVA) modello che confronta le differenze medie di ciascuna	Rispetto agli uomini, le donne hanno riportato vergogna e senso di colpa significativamente più elevati in relazione al corpo. Non sono state osservate differenze sessuali per invidia o orgoglio. Gli adulti di mezza età hanno riportato una maggiore vergogna e un minore orgoglio rispetto ai giovani adulti, mentre non sono state osservate differenze di età	I risultati di questo studio guidano ad una comprensione generale e iniziale dei fattori intrapersonali (sesso, età e stato di peso) associati alle emozioni autocoscienze legate al corpo (vergogna legata al corpo, invidia legata al corpo, senso di colpa legato al corpo e orgoglio legato al corpo). La vergogna legata al corpo era significativamente più alta negli adulti e negli adulti	Ridotta autostima e autocompassione.

		anni) e adulti di mezza età (45-65 anni).	variabile dipendente (cioè vergogna, senso di colpa, invidia, orgoglio legati al corpo) da parte delle variabili indipendenti (cioè sesso, età, stato ponderale). In seguito sono state condotte analisi univariate per esaminare i principali risultati effetti di interazione tra tutte le emozioni.	per quanto riguarda il senso di colpa legato al corpo. La vergogna e il senso di colpa erano più alti per gli individui in sovrappeso o obesi, mentre l'orgoglio era più alto negli individui con uno stato di peso medio.	mezza età rispetto ai giovani adulti, probabilmente legato al fisiologico cambiamento fisico associato all'invecchiamento. Dovrebbero essere condotti studi longitudinali per esaminare le emozioni autocoscienti legate al corpo nel corso della vita per affrontare il potenziale di effetti confondenti di coorte. Gli studi futuri dovrebbero mirare a una rappresentazione più ampia delle etnie per esplorare il ruolo dell'etnicità nello sviluppo delle emozioni autocoscienti legate al corpo.	
--	--	---	--	--	---	--

					La ricerca futura dovrebbe garantire il reclutamento di un campione più rappresentativo di donne e uomini. Essendo il primo studio sulle caratteristiche intrapersonali, questa ricerca contribuisce alla letteratura identificando i gruppi ad alto rischio di sperimentare specifiche emozioni autocoscienti legate al corpo, ovvero gli individui in sovrappeso ed obesi.	
Hain, B. <i>et al.</i> , 2015	Lo scopo dello studio è stato quello di tradurre la versione inglese del questionario sull'autostigma del	Presso il Dipartimento ambulatoriale di Endocrinologia dell'Ospedale Universitario di	I partecipanti hanno completato un questionario completo.	Correlazioni significative tra i punteggi del WSSQ e la qualità mentale della vita, la qualità della vita	I pazienti con un BMI ≥ 50 hanno mostrato un autostigma significativamente più elevato rispetto	Ridotta autostima e autocompassione.

	peso (WSSQ) in tedesco e di valutare le proprietà psicometriche della versione tedesca in un campione di persone gravemente obese.	Heidelberg sono stati reclutati consecutivamente 94 pazienti obesi.		correlata al peso, la depressione, la vergogna, il senso di colpa e il disagio psicologico hanno dimostrato la validità di costruito della versione tedesca del WSSQ.	ai pazienti con un BMI compreso tra 35 e 50.	
Ferreira, C. <i>et al.</i> , 2020	Mira ad esplorare l'effetto moderatore dell'impegno insicuro sulla relazione tra vergogna e alimentazione disordinata, controllando il BMI.	Il campione dello studio descrittivo trasversale, reclutato con un metodo di campionamento a valanga, era composto da 458 donne portoghesi della popolazione generale, con un'età media di 30,74 (SD=12,15). Di queste partecipanti, il 7,0% era sottopeso, il 67,9% aveva un peso normale, il	I partecipanti hanno completato un'indagine online a un sito web approvato per la raccolta dati online.	Le variabili dello studio erano positive e significativamente intercorrelate tra loro. Un'analisi di regressione multipla ha rivelato che l'impegno insicuro e la vergogna spiegavano il 20,5% dei disturbi alimentari. Per qualsiasi livello di vergogna, le donne che manifestavano un maggiore bisogno	Questi risultati supportano l'idea che la psicopatologia alimentare può essere considerata come un tentativo di evitare una strategia di inferiorità, stabilendo una strada importante per l'indagine e la pratica clinica correlata all'alimentazione disordinata.	Psicopatologia del disordine alimentare.

		18,8% era sovrappeso e il 6,3% era obeso.		di sforzarsi di evitare l'inferiorità esprimevano livelli più elevati di disturbi alimentari, rispetto a coloro che sentivano una minore pressione a dover mangiare disordinatamente.		
Smith, F. <i>et al.</i> , 2013	Questo studio ha esplorato l'esperienza corporea del cambiamento del corpo derivante dalla perdita di peso conseguente a un intervento di chirurgia bariatrica.	È stato utilizzato un disegno di studio qualitativo con interviste approfondite semistrutturate individuali. Otto donne hanno preso parte allo studio in quanto precedentemente sottoposte alla chirurgia plastica per una significativa perdita di peso in un ospedale londinese.	Le interviste sono durate dai 50 agli 80 minuti, sono state registrate e trascritte digitalmente e sono state analizzate utilizzando l'analisi fenomenologica interpretativa (IPA) per dare un senso e voce ai resoconti soggettivi dei partecipanti. Le interviste sono state condotte prevalentemente	I risultati di questo studio suggeriscono che sarebbe opportuno considerare una gamma più ampia delle misure nei futuri studi quantitativi su larga scala di questa popolazione.	Dopo aver attraversato enormi cambiamenti nella forma e nelle dimensioni del corpo, i partecipanti sembravano essere in uno stato continuo di flusso in relazione ai loro corpi. La relazione con i loro corpi risulta essere confusa e destabilizzata e loro comunicano alti livelli di vergogna corporea interna ed esterna.	Ridotta autostima e autocompassione.

		<p>La fascia di età era compresa tra i 29 e i 60 anni. Mentre i soggetti maschi erano stati anch'essi invitati allo studio, solo i soggetti femmine si sono affacciate allo studio interagendo con il ricercatore e/o i membri della Chirurgia Plastica.</p>	<p>a casa dei partecipanti.</p>		<p>Vi è una tendenza a considerare il proprio corpo solo in un futuro dopo un'ulteriore potenziale trasformazione e non nel presente.</p>	
<p>Webb Jennifer B. <i>et al.</i>, 2016</p>	<p>Questo studio ha esaminato tre percorsi di regolazione degli affetti che possono aiutare a spiegare simultaneamente l'associazione inversa prevista tra bias di peso interiorizzato (autostigmatizzazione) e</p>	<p>Il campione dello studio trasversale era composto da 333 donne universitarie di peso diverso.</p>	<p>È stato completato un sondaggio online valutando lo stigma del peso interiorizzato, l'alimentazione intuitiva, la vergogna del corpo, la flessibilità dell'immagine corporea e</p>	<p>I risultati hanno dimostrato che la flessibilità dell'immagine corporea in modo significativo e l'auto-compassione hanno contribuito marginalmente alla varianza unica nel tenere conto di questa relazione. Questi risultati trasversali</p>	<p>L'adesione allo stigma del peso interiorizzato è contrassegnata dal declino di un approccio sano e intuitivo all'alimentazione per le giovani donne che attraversano lo spettro del peso.</p>	<p>Psicopatologia del disordine alimentare.</p>

	alimentazione intuitiva (autoregolazione consapevole sull'approccio dietetico alla fame).		l'autocompassion e.	preliminari contribuiscono a cercare di fornire una comprensione di come forme negative e positive di esperienza e di relazione con il corpo possano coesistere all'interno degli individui.		
--	---	--	---------------------	--	--	--

9. RINGRAZIAMENTI

Ringrazio i miei Genitori perchè sono le mie origini e la mia Famiglia natia, per la fortuna che ho nel sapere che sono stati presenti in questo mio altro percorso di formazione, per il sostegno in ogni forma che non mi è mai mancato.

Ringrazio la mia fidanzata Alessandra perchè con la sua semplicità, determinazione, genuinità e per le qualità che la definiscono Donna ha sempre alleggerito e semplificato ogni mia preoccupazione: Ti Amo da costruire!

Non per ordine di importanza:

Ringrazio la Dott.ssa Finazzi Katia e il Dott. Fossati Fabrizio quali esperti nell'ambito della Ricerca della Biblioteca dell'UniUPO per il confronto avuto via mail e di persona nella fase iniziale, già da me avviata, di questo lavoro di tesi.

Ringrazio tutte le mie compagne e i miei compagni di corso, nessuno escluso, per lo scambio e il confronto avuto nei due anni di corso, perchè nell'incontro incondizionato c'è la vera ricchezza.

Ringrazio il Prof. Alberto Dal Molin per il Docente eccellente quale è, per il suo impegno nel far comprendere a tutta la classe le nozioni sin nei dettagli degli argomenti trattati, per la sua chiarezza espositiva, per il suo solerte spronarci a lavorare sodo e al meglio delle nostre possibilità e diversità in tutto il periodo accademico, per la sua simpatia, schiettezza e freschezza: Grazie!

Ringrazio la Prof.ssa Doriana Montani quale Docente preparata e punto di riferimento per tutti noi, per me in particolare, sempre presente e discreta, disponibile ad ascoltare, accogliere e facilitare ogni nostra esigenza: Grazie!

Ringrazio la mia Relatrice, la Dr. Debora Rosa per la costante presenza, per l'incoraggiamento e per l'ascolto attivo in questa mia nuova esperienza di scrittura nell'ultima fase del mio percorso accademico. Grazie per avermi accompagnato in modo davvero professionale fino alla fine.

Ringrazio il Professore Fabrizio Faggiano, la Professoressa Barbara Suardi, il Professore Massimiliano Panella e tutti i Docenti che ho avuto modo di conoscere e di stimare per il tempo di qualità che mi hanno permesso di vivere insieme a loro nell'apprendere la Conoscenza e nell'aiutarmi ad integrarla nel vivere la Professione sanitaria.

Ringrazio la Dott.ssa Isabella Santomauro e il Dott. Giacomo Testa per il confronto avuto, per gli input e per l'energia gratuita ricevuti nel momento giusto.

Ringrazio infine, il mio Amico Dott. Marco Zanzarella per la disponibilità da lui ricevuta nel supporto tecnico-grafico.